

Especialización en Gestión de Servicios
para la Discapacidad
Trabajo Final Integrador

Autora: María Mercedes González

**ANÁLISIS DE LA COBERTURA EN SALUD Y
REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD EN LA
PROVINCIA DE CORRIENTES**

2010

Citar como: González, M. M. (2010). Análisis de la cobertura en salud y rehabilitación integral para las personas con discapacidad en la Provincia de Corrientes. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



ÍNDICE

Resumen/Abstract – Palabras –Clave	4
1. Introducción.	5
2. Planteamiento del Problema.	6
2.1- Objetivo General.....	7
2.2- Objetivos Específicos.....	7
3. Desarrollo.	8
3.1- Marco Conceptual, Encuadre y Alcance del Tema.....	8
3.2- Situación actual de la discapacidad en la provincia de Corrientes.....	11
3.2.1- Estadísticas sobre discapacidad de la Provincia de Corrientes.....	11
3.2.2- Legislación, políticas Públicas e Institucionalidad de la Provincia de Corrientes.....	16
3.2.3- Aspectos Geográficos, Demográficos, Socioeconómicos, Laborales y de Accesibilidad de la Provincia de Corrientes.....	19
3.2.4- Situación de la Salud de la Provincia de Corrientes.....	20
- Cobertura en salud.....	20
- Servicios de salud.....	21
- Gasto en salud.....	21
3.3- Servicios Públicos y Privados disponibles en la provincia de Corrientes para la Atención de la Salud y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad.....	22
3.3.1- Establecimientos de Salud Pública de la provincia de Corrientes.....	22
- Establecimientos de Salud Pública en la Capital de la provincia de Corrientes.....	24
- Centros de atención primaria de la salud en la Capital de la provincia de Corrientes.....	25
- Salas de atención primaria de la salud en la Capital de la provincia de Corrientes.....	25
- Establecimientos de Salud Pública en el interior de la provincia de Corrientes.....	26
- Región sanitaria I.....	26
- Región sanitaria II.....	27
- Región sanitaria III.....	28
- Región sanitaria IV.....	29
- Región sanitaria V.....	30
3.3.2- Instituciones de Atención para personas con discapacidad de la provincia de Corrientes.....	31
- Instituciones en la Capital de la provincia de Corrientes.....	31
- ONG en la Capital de la provincia de Corrientes.....	32
- Instituciones en el interior de la provincia de Corrientes.....	33
- ONG en el interior de la provincia de Corrientes.....	34
3.4- Análisis de las características de la población de personas con discapacidad de la Provincia de Corrientes que demanda atención de la salud y rehabilitación integral.....	34
3.4.1- ¿Quiénes demandan?.....	34

3.4.2- Análisis de la demanda.....	36
- a) Análisis de la demanda según número de personas con discapacidad y el requerimiento de asistencia.....	36
- b) Análisis de la demanda según tipo de discapacidad.....	37
- c) Análisis de la demanda según grupos etáricos.....	39
3.4.3- Resumen del análisis de la demanda.....	40
3.5- Comparación de la oferta de servicios de atención de la salud y rehabilitación integral para personas con discapacidad de la Provincia de Corrientes con la demanda existente.....	42
- Servicios públicos.....	46
- Servicios privados y ONG.....	47
3.6- Determinación de la cobertura mínima necesaria para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad en el ámbito público y privado de la Provincia de Corrientes.....	48
4. Recomendaciones.....	50
4.1-Política de Salud en Discapacidad.....	51
4.1.1-Componentes para una política de Salud en Discapacidad. Líneas de Acción.....	51
- A- Componente de Prevención.....	52
- B- Componente de equiparación de oportunidades.....	53
- C- Componente de Habilitación /Rehabilitación.....	54
4.1.2- El Plan Sectorial de Salud.....	56
- 1. Programa de prevención de las discapacidades.....	57
- 2. Programa de atención sanitaria a las personas con discapacidad.....	57
- 3. Programa de Rehabilitación.....	58
- 4. Programa de apoyo individual y a la familia.	59
5. Conclusiones.....	60
6. Bibliografía.....	62

*El sueño de uno es apenas un sueño.
El sueño de muchos es una realidad.
(Dom Helder Camara)*

RESUMEN/ABSTRACT

Este trabajo propone analizar la cobertura en Salud y Rehabilitación Integral para las personas con discapacidad de la provincia de Corrientes, a fin de determinar si la oferta de servicios sanitarios satisface las necesidades asistenciales de esta población.

La Primer Encuesta Nacional de Discapacidad en Argentina (ENDI 2003), nos ha dado una visión general de la situación de la discapacidad en el país, pero nos ha dejado varios interrogantes: ¿cómo se interviene para disminuir el impacto de la discapacidad para esas personas y sus familias?; ¿cómo se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad?; ¿es esto solo responsabilidad del Estado y los gobiernos o es responsabilidad del conjunto de la sociedad?

Recogiendo los interrogantes planteados en el párrafo anterior como parte de la guía de este trabajo y analizando el rol del Estado en este tema, nacen las preguntas que direccionan el desarrollo de este trabajo: ¿Cuáles son los principales aspectos, fundamentos e hitos desarrollados en las políticas públicas de discapacidad en la provincia de Corrientes? y teniendo en cuenta esta pregunta surge la siguiente, ¿Cuáles serían los principales desafíos que se deben llevar a cabo dentro de las políticas públicas en la provincia de Corrientes dentro del contexto actual de la discapacidad?.

Tomando los datos de la ENDI y aplicándolos a la situación de la discapacidad en la provincia de Corrientes, comparándolos con información de la provincia respecto a la oferta de servicios, institucionalidad y legislación provincial sobre discapacidad, se tratara de establecer las dimensiones relevantes que deberán ser tomadas en cuenta al momento de diseñar políticas públicas sobre discapacidad en la provincia de Corrientes y ofrecer elementos que sirvan de plataforma para una Institucionalidad acorde, dentro del contexto actual que rodea esta temática.

PALABRAS - CLAVE

SALUD - REHABILITACION - DISCAPACIDAD.

1. INTRODUCCION

El presente Trabajo propone analizar la cobertura en Salud y Rehabilitación Integral de las personas con discapacidad en la provincia de Corrientes, considerando como datos de base los que aporta la ENDI y evaluar las acciones que se llevaron a cabo en el ámbito público para asegurar el acceso a la salud y la rehabilitación de las personas con discapacidad en todo el territorio de la provincia.

Hasta el año 2003 nunca existió en Argentina estudios que ayudarán a dimensionar la magnitud y el impacto que tenía la discapacidad en el país.

Esta ha tenido un desarrollo errático desde mediados del siglo pasado y en un principio fueron las organizaciones de beneficencia y las áreas médicas, preocupados por el crecimiento del número de personas con discapacidad, quienes apostaron a diversas metodologías de rehabilitación y habilitación.

Posteriormente y ante la evolución mundial del concepto de discapacidad, que involucró otras patologías además de las físicas, se evidenció una mirada más abarcativa e inclusiva del concepto.

Todo esto se fue haciendo bajo el paraguas de los porcentajes de habitantes con discapacidad que señalaban organizaciones mundiales o regionales, careciéndose de números nacionales que permitieran visualizar el país en forma general, regional y provincial.

La aparición de los números aportados por la Encuesta Nacional de Discapacidad 2002-2003 (ENDI) Complementaria del Censo 2001, que no solo arroja cantidad de personas con discapacidad, sino que permite analizar parámetros familiares, educacionales, de salud, ubicación, etc., permite una visión de la discapacidad que aporta una mayor exactitud tanto al Gobierno Nacional, como a los Provinciales y Municipales en el armado de políticas referidas a la temática, pudiendo evaluar de antemano el impacto social de las mismas, las previsiones presupuestarias, la formación de recursos humanos y toda la gama de acciones que desde las diferentes áreas gubernamentales y no gubernamentales pueden ponerse en funcionamiento.

Los datos que arrojó la ENDI, demostraron que la discapacidad en Argentina es un tema complejo que atraviesa transversalmente a todos los sectores de la población y por ende afecta las políticas públicas sectoriales (educación, salud, infraestructura, adulto mayor, trabajo, etc.).

Las personas con discapacidad requieren para su atención una serie de estrategias y de recursos (humanos y materiales) que las organizaciones deben gestionar, por lo cual, aplicando los conocimientos adquiridos sobre Gestión de la Discapacidad se espera construir un marco analítico que permita diferenciar las necesidades de atención de la salud y rehabilitación de las personas con discapacidad y la efectividad de las acciones que se llevaron a cabo en la provincia en estos últimos años.

Por último se intentará confrontar diferentes problemas existentes en nuestra sociedad, y así exponer sobre los factores que inciden en la construcción colectiva de sociedades dispuestas a innovar y transformar su ideología, sus políticas, su institucionalidad, sus servicios, la infraestructura física, bajo el modelo de la accesibilidad en el entorno y demostrar que en la construcción de una provincia accesible para todos se requiere de un cambio en la concepción del paradigma.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cuestión que se propone analizar en este trabajo requiere de una visión integral de la cobertura en salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad en la provincia de Corrientes, abarcando aspectos educativos, sociales, económicos y geográficos, además del sanitario que determinan las condiciones de vida de esta población.

La provincia de Corrientes junto a las que integran la región del Noreste argentino tiene las tasas de pobreza e indigencia más elevadas del país, estas cifras de pobreza e indigencia se relacionan con los índices de desempleo y subempleo que la Argentina ha venido experimentando durante los últimos años, más de la mitad de la población de los conglomerados urbanos carece de empleo, y esto tiene los consecuentes efectos en educación, consumo, acceso a los servicios, ausencia de cobertura de salud, etc.

En la Argentina el financiamiento de las prestaciones que reciben las personas con discapacidad proviene casi exclusivamente de las Obras Sociales, y la participación del estado ha sido ínfima, en función de carecer de un presupuesto para financiar la atención de la discapacidad.

La situación social de la provincia de Corrientes, donde el índice de pobreza es uno de los más altos del país, la falta de cobertura en salud y rehabilitación de las personas con discapacidad se incrementa, particularmente si tenemos en cuenta la existencia de los siguientes aspectos:

- Ausencia de la temática de discapacidad en los programas de prevención.
- Dificultades para priorizar las actividades de rehabilitación en los programas de salud.
- Ínfima oferta de servicios de rehabilitación en la red de establecimientos hospitalarios, no debiéndose confundir fisioterapia con medicina física y rehabilitación.
- Escasa capacidad resolutive de las instituciones frente a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población.
- Aumento de la incidencia de discapacidad relacionada con el aumento de la violencia y accidentes de tránsito y laborales (falta de seguridad laboral y precarización de las condiciones de trabajo).
- Barreras de accesibilidad a la educación básica de la población de bajos recursos.
- Existencia de actividades recreativas y/o deportivas de alto riesgo.
- Aumento de las adicciones relacionado no sólo con la pobreza sino con la falta de expectativas en el desarrollo personal.

Según la OMS, de la población de personas con discapacidad (estimando como base el 7 %) es aceptable que un 3 % requiera acciones para disminuir el impacto de su discapacidad, un 1% requiere cuidados complejos y permanentes (institucionalización especializada) y el 3 % restante, no requeriría acciones porque padece un déficit mínimo, compensado en el entorno familiar.

Las características de la atención de la salud de las personas con discapacidad requieren un tiempo mayor en las consultas que supera ampliamente la mayoría de las actividades médicas. La lenta evolución de los cuadros con terapias básicamente de

índole física, hace que su seguimiento y control sea prolongado en el tiempo, lo que lleva a índices de concentración obligatoriamente altos. Este mismo elemento favorece la deserción, dado que la adherencia al tratamiento impone a la familia un alto gasto de energía, tiempo y dinero, lo que incide en el resultado.

El conocimiento de los niveles de limitación física, psíquica y sensorial tienen una gran importancia porque es una medida de la calidad de vida de la población.

Por otra parte, el reconocimiento de las discapacidades es el requisito indispensable para establecer tanto las medidas de prevención a tomar, como los recursos físicos, humanos y financieros con los que se deberán contar.

La Medicina Moderna debe tener a la rehabilitación conceptualmente presente desde la prevención para evitar la discapacidad, en las primeras fases de la recuperación para disminuir las secuelas y en la secuela instalada para minimizar sus efectos.

Tradicionalmente la visión social en general, hacia una persona con discapacidad es ver la diferencia, posicionarse en lo que el individuo no puede hacer. Un avance importante sería intentar cambiar ese “paradigma del déficit”. Deberíamos modificar algunos conceptos que impiden observar las potencialidades de las personas que tienen alguna discapacidad.

El “concepto de persona” antepuesto a la dificultad (“persona con discapacidad”) es fundamental para ayudar a cambiar ese paradigma basado en la carencia y no en una visión más global y en consecuencia más objetiva de quien tenemos en frente.

En la construcción de una provincia accesible para todos se manifiesta que se requiere de un cambio en la concepción del paradigma.

La estructura institucional y las políticas sobre discapacidad en la provincia de Corrientes se deben enmarcar dentro de un paradigma cuyo principio fundamental es considerar a cada persona como un sujeto de deberes y derechos, donde se premie el mérito antes que cualquier otra condición, para así captar y abordar la amplia heterogeneidad y complejidad que posee la discapacidad en la sociedad correntina; lo cual actualmente no ocurre debido a una política que se orienta principalmente en la asignación de recursos con una institucionalidad débil.

2.1- Objetivo general.

Analizar la oferta de servicios en salud y rehabilitación integral para personas con discapacidad, determinar el alcance de la cobertura e identificar la carencia determinada por la relación entre prestación y necesidad en todo el territorio de la provincia de Corrientes.

2.2- Objetivos específicos.

1. Describir la situación actual de la discapacidad en la provincia de Corrientes, en cuanto a estadísticas, políticas públicas e institucionalidad vigente en el ámbito legislativo, ejecutivo y municipal.

2. Detallar los servicios públicos y privados de atención de la salud y rehabilitación integral para las personas con discapacidad en la provincia de Corrientes.

3. Analizar las características de la población de personas con discapacidad de la provincia de Corrientes que demanda atención de la salud y rehabilitación integral.
4. Comparar la oferta de servicios de atención de la salud y rehabilitación integral para personas con discapacidad de la provincia de Corrientes con la demanda existente.
5. Determinar la cobertura mínima necesaria para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad en el ámbito público y privado de la provincia de Corrientes.

3. DESARROLLO

3.1- Marco conceptual, encuadre y alcance del tema.

El documento de la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, incorpora una definición de salud: "La Conferencia reafirma con decisión que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, es un derecho humano fundamental, y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario".

Recientemente, el 13 de diciembre de 2006, y tras un proceso de elaboración de cinco años, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que prevé medidas, tanto de no discriminación como de acción positiva, que los Estados deberán implantar para garantizar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas. En el Artículo 25, Salud, Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

Argentina se adhiere a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a través de la ley 23.678, en mayo de 2.008, ratificando de esta manera lo que establece en la Constitución Nacional, principal promotora de los derechos de los ciudadanos, que tampoco excluye a las personas con discapacidad y en el inciso 23 del artículo 75, expresa: "*Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad*".

La salud es un bien jurídico colectivo. Su respeto se obtiene a través de la prevención, que es responsabilidad del Estado, y garantizando el acceso a las prestaciones y servicios adecuados. Para conseguir un sistema de salud sólido y equitativo es necesaria una real participación ciudadana. La discapacidad comienza como un problema de salud, que al no obtener respuesta, se torna un problema social.

Al igual que la educación, la salud no es delegada por las Provincias a la Nación: si bien la nación cumple funciones normativas en cuanto a la política nacional de salud, las intervenciones particulares quedan a cargo de las provincias.

Conforme las leyes particulares en la materia (ley 22.431, ley 24.901, y sus decretos reglamentarios), es obligación del Estado contar con servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad. Pero esto no exime de la obligación de hacer que todos los servicios de salud (como la educación, el trabajo, los servicios sociales, etc.) sean accesibles a todos los ciudadanos.

Sin embargo, solo recientemente se ha tomado cabal conciencia de la gran importancia que para la comunidad tiene el tratamiento integral de la problemática Discapacidad/Rehabilitación por parte de las autoridades sanitarias, pero aún así las acciones positivas no son suficientes.

Si el sistema de salud fuera accesible para la totalidad de la población y fuera el mismo para todos los ciudadanos, no habría lugar a sistemas especiales. La integración de las personas con discapacidad se daría desde el comienzo, y no a partir de que la persona con discapacidad supuestamente “rehabilitada” sale del sistema, y no hay que olvidar que la discapacidad es una posibilidad en la vida de todas las personas.

La persona con discapacidad tiene los mismos derechos que sus conciudadanos. Sin embargo en orden al ejercicio de sus derechos, puede encontrarse en una situación de desventaja que requiere la adopción de medidas específicas destinadas a equiparar oportunidades. Es por ello que en el campo de la equiparación de oportunidades se inscriben todas las medidas legales que tienen la meta política de incorporar a la comunidad a las personas con discapacidad facilitando el ejercicio de los derechos y modificando actitudes y conductas sociales.

El derecho a la salud es un bien que en la provincia de Corrientes recae mayoritariamente en la esfera pública condicionada por la situación social de la población.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 50 % de las Discapacidades se debe a causas prevenibles:

- Inmunizaciones.
- Nutrición.
- Accidentes.
- Drogas.

Del resto, el 60 % a Secuelas de Enfermedades y, el 7,4 % son Congénitas.

Por diversos motivos, que van desde la imposibilidad de una libre entrada al sistema hasta la información parcializada sobre el estado de salud de la población (no tiene la misma información quién demanda servicios de salud que quien los presta), se podría afirmar que el de la salud es un mercado imperfecto en nuestro país. El sector requiere de la presencia del Estado, cuyas funciones de regulación, monitoreo, fiscalización y supervisión deben ejecutarse según la política de salud del Estado y a través de las instituciones que lo comprenden.

OPS/OMS resumen en once puntos las funciones esenciales de la salud pública:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.

2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Al cotejar las características deseables de un sistema de Salud con la realidad que ocurre en nuestro país se completa un cuadro alarmante:

No es Universal

Es paradójico observar que, en la Argentina, un total de 2.176.230 (7,1 % de la población) esta excluido del sistema, pues este no siempre es accesible ni contempla en todos los casos el fenómeno de la discapacidad.

No es Inclusivo

Las personas con discapacidad no requieren de un sistema particular para su atención, más allá de las instituciones de alta complejidad que demanda el 2 % de las personas con discapacidad.

No es Equitativo

En la Argentina existen subsidios cruzados, y los recursos del sistema no se reparten de manera equitativa: aquellos específicos para discapacidad alcanzan a menos del 2 % de las personas con discapacidad.

No es Eficiente

En nuestro país, el sistema costea prestaciones caras y de bajo impacto, dejando sin financiación aquellas capaces de prevenir y/o reducir el impacto de la discapacidad.

No es Eficaz

Un sistema eficaz debería lograr la independencia y la integración de las personas con discapacidad, ayudando a su reinserción en su grupo familiar y social. El sistema actual favorece los largos servicios de internación en lugar de un proceso de rehabilitación con principio y fin.

No es Efectivo

La falta de eficiencia, junto con la falta de eficacia, resulta en la falta de efectividad de nuestro sistema.

No es de Calidad

Mientras no existan normas de fiscalización y acreditación adecuadas, y personas que las apliquen de manera adecuada, no será posible pretender servicios de calidad.

La provisión de salud en la Argentina es cubierta por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Para analizar los niveles de cobertura, utilización,

calidad, equidad y efectividad del sistema, hay que tener en cuenta las tres áreas que lo componen.

3.2- Situación actual de la discapacidad en la provincia de Corrientes.

3.2.1- Estadísticas sobre discapacidad en la provincia de Corrientes.

El único dato estadístico sobre la discapacidad en la provincia de Corrientes, es de la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003, ENDI, Complementaria del Censo Nacional 2001. Esta Encuesta solo ha tomado como muestra, hogares de poblaciones con más de 5.000 habitantes y los resultados en la provincia de Corrientes, sobre una población total de 692.647 habitantes, es de 48.037 personas con discapacidad, cuya prevalencia es del 6,9 %. El porcentaje de personas con discapacidad en la Provincia de Corrientes es un poco menor a la media nacional que es del 7,1 %.

En virtud de estas consideraciones, podemos realizar sólo una aproximación a la problemática de la discapacidad en la provincia de Corrientes, estimando como mínimo que un 7% de la población padece algún déficit que afecta algunas de las funciones más importantes de la vida diaria (caminar, pararse, sentarse, ver, escuchar, aprender o comportarse).

A continuación se exponen los datos publicados por la ENDI, correspondientes a la provincia de Corrientes.

Cuadro 1. Total de hogares, hogares con al menos una persona con discapacidad y porcentaje de hogares con discapacidad. Año 2002-2003.
Fuente: ENDI. INDEC.

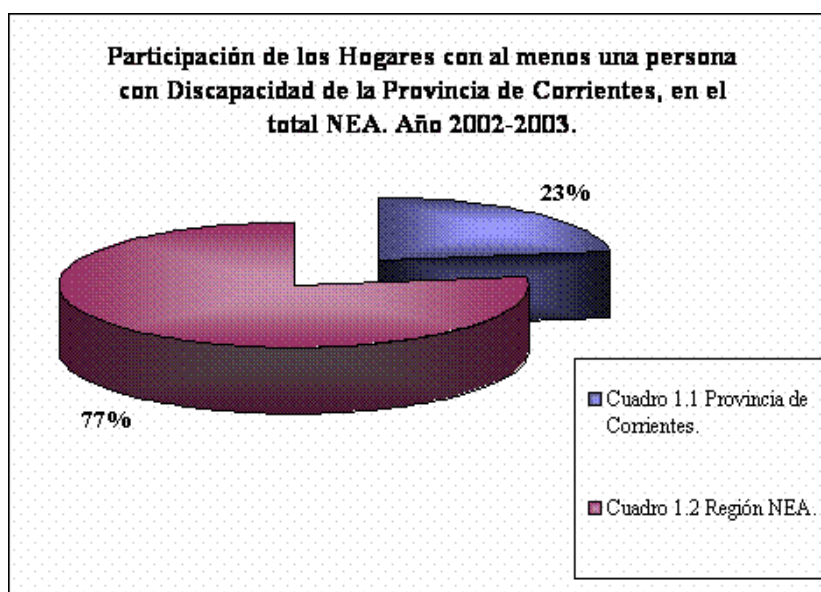
Cuadro 1.1 Provincia de Corrientes.

Total de hogares	Hogares con al menos una persona con discapacidad	Porcentaje
170.499	36.614	21,5

Nota: La Provincia de Corrientes abarca al conjunto de los centros urbanos de la provincia con 5.000 habitantes o más.

Del Cuadro 1 se desprende el análisis que el 21,5 % de los hogares de 5.000 habitantes o más de la Provincia de Corrientes alberga al menos una persona con discapacidad.

Gráfico 1. Participación de Hogares con al menos una persona con Discapacidad de la provincia de Corrientes, en el total NEA. Año 2002-2003.
Fuente: ENDI. INDEC.



Cuadro 2. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad. Año 2002-2003.

Fuente: ENDI. INDEC.

Cuadro 2.1 Provincia de Corrientes.

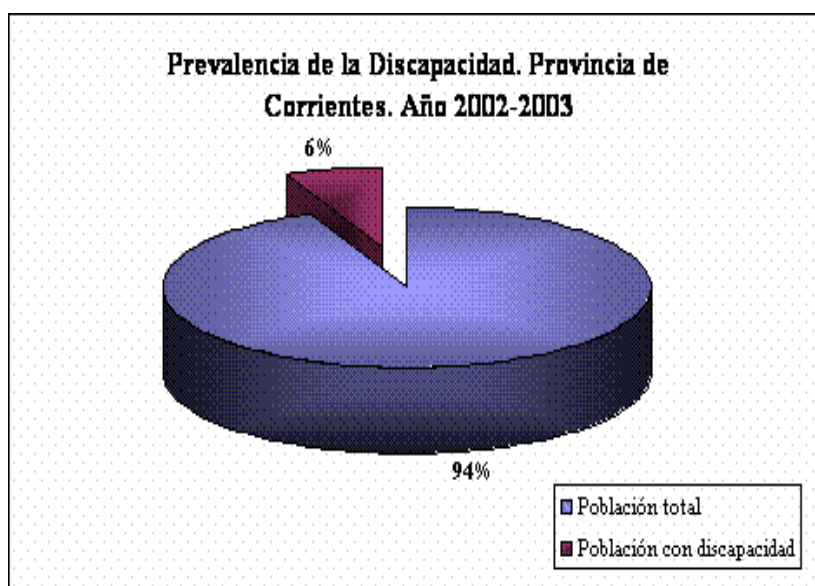
Población total	Población con discapacidad	Prevalencia ⁽¹⁾
692.647	48.037	6,9

⁽¹⁾ Prevalencia: corresponde al total de personas con discapacidad dividido la población total por cien.

Nota: La Provincia de Corrientes abarca al conjunto de los centros urbanos de la provincia con 5.000 habitantes o más.

Del Cuadro 2 podemos analizar que casi 7 (6,9) de cada cien habitantes de la Provincia de Corrientes declaran tener al menos una discapacidad.

Gráfico 2. Prevalencia de Discapacidad. Provincia de Corrientes. Año 2002-2003.
Fuente: ENDI. INDEC



Cuadro 3. Provincia de Corrientes. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo por grupos de edad. Año 2002-2003.

Fuente: ENDI.INDEC.

Cuadro 3.1 Provincia de Corrientes.

Grupos de edad	Población total			Población con discapacidad			Prevalencia ⁽¹⁾		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	692.647	333.250	359.397	48.037	27.062	20.975	6,9	8,1	5,8
0-4	75.574	37.329	38.245	2.255	(a)	(a)	3,0	3,2	2,8
5-14	157.276	82.488	74.788	7.474	5.495	(a)	4,8	6,7	2,6
15-29	180.887	86.513	94.374	6.116	3.318	(a)	3,4	3,8	3,0
30-49	157.681	74.615	83.066	7.570	5.039	(a)	4,8	6,8	3,0
50-64	73.726	32.119	41.607	8.874	4.661	4.213	12,0	14,5	10,1
65-74	30.774	13.460	17.314	8.550	4.313	4.237	27,8	32,0	24,5
75 y más	16.729	6.726	10.003	7.198	3.058	4.140	43,0	45,5	41,4

(a) Coeficiente de variación mayor al 25%

⁽¹⁾ Prevalencia: corresponde al total de personas con discapacidad de cada grupo de edad y sexo dividido la respectiva población total por cien.

Nota: La Provincia de Corrientes abarca al conjunto de los centros urbanos de la provincia con 5.000 habitantes o más.

El análisis de la estructura de la población mediante variables demográficas básicas (edad y sexo) permite estudiar cualquier tipo población condicionando su estado y desarrollo. En el caso de las personas con discapacidad, los diferentes grupos de edad poseen peculiaridades bien diferentes en cuanto a necesidades e implementación de políticas.

Por su parte, el proceso de envejecimiento demográfico que ha vivido Argentina desde la última mitad del siglo pasado, que afecta principalmente a las mujeres, pone de relevancia la especial atención que se debe tener respecto del estudio de las mujeres con discapacidad.

Como se observa en el Cuadro 3, la prevalencia de la población con discapacidad se distribuye de modo diferencial según se trate de niños, jóvenes o adultos. En efecto la franja etaria de 0 a 14 años representa 7,8 % del total de la población con discapacidad de la provincia de Corrientes, mientras que la franja de 15 a 64 años representa el 20,2 % y por último, las personas con 65 años o más corresponden al 70,8 % de la población con discapacidad de la Provincia de Corrientes, situación que ratifica lo planteado con respecto al envejecimiento que la población Argentina ha sufrido y que se acompaña de personas en situación de discapacidad.

Cuadro 4. Población con discapacidad. Parentesco o relación con el jefe o jefa del hogar por grupos de edad. Año 2002-2003.

Fuente: ENDI. INDEC.

Cuadro 4.1 Provincia de Corrientes.

Grupos de edad	Población con discapacidad		Parentesco o relación con el jefe o jefa del hogar					Desco no cido			
			Jefe o jefa ⁽¹⁾	Cónyuge	Hijo/a hijastro/a	Otros					
	%	%	%	%	%	%					
Total	48.037	100,0	16.359	100,0	7.298	100,0	15.234	100,0	9.146	100,0	(a)
0-14	9.729	20,3	-	-	-	-	8.678	57,0	(a)	(a)	(a)
15-64	22.560	47,0	7.533	46,0	3.839	52,6	6.556	43,0	4.632	50,6	(a)
65 y más	15.748	32,8	8.826	54,0	3.459	47,4	(a)	(a)	3.463	37,9	(a)

⁽¹⁾ Se considera jefe o jefa de hogar a aquella persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar.

(a) Coeficiente de variación mayor al 25%

Nota: La Provincia de Corrientes abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más.

Otro atributo de interés en el estudio de los hogares es el de analizar las características principales del jefe o jefa de hogar. En el Cuadro 4 podemos observar que el 35 % de las personas con discapacidad en la Provincia de Corrientes, son jefes o jefas de hogar.

Cuadro 5. Población con discapacidad. Cantidad y tipo de discapacidad por grupos de edad. Año 2002-2003

Fuente: ENDI. INDEC.

Cuadro 5.1 Provincia de Corrientes.

Grupos de edad	Población con discapacidad	Población con una discapacidad	Tipo de discapacidad						Población con dos discapacidades	Población con tres discapacidades y más	
			Población con una discapacidad	Sólo visual	Sólo auditiva	Sólo del habla	Sólo motora	Sólo mental			Solo otra discapacidad
Total	48.037	35.725	5.706	6.440	(a)	12.239	8.363	(a)	10.391	(a)	
0-14	9.729	7.535	382	1.200	(a)	(a)	3.111	(a)		(a)	
15-64	22.560	17.682	3.558	3.009	(a)	5.636	4.770	(a)	4.412	(a)	
65 y más	15.748	10.508	1.766	2.231	(a)	5.686		(a)	4.124	(a)	

(a) Coeficiente de variación mayor al 25%

Cuadro 5. Población con discapacidad. Cantidad y tipo de discapacidad por grupos de edad en porcentajes. Año 2002-2003. Fuente: ENDI. INDEC.

Cuadro 5.2 Provincia de Corrientes.

Grupo de edad	Población con discapacidad	Población con una discapacidad						Población con dos discapacidades	Población con tres discapacidades y más	
		Población con una discapacidad	Tipo de discapacidad							
			Sólo visual	Sólo auditiva	Sólo del habla	Sólo motora	Sólo mental			Sólo otra discapacidad
%										
Total	100,0	74,4	16,0	18,0	(a)	34,3	23,4	(a)	21,6	(a)
0-14	100,0	77,4	5,1	15,9	(a)	(a)	41,3	(a)		(a)
15-64	100,0	78,4	20,1	17,0	(a)	31,9	27,0	(a)	19,6	(a)
65 y más	100,0	66,7	16,8	21,2	(a)	54,1	0,0	(a)	26,2	(a)

(a) Coeficiente de variación mayor al 25%

Nota: La Provincia de Corrientes abarca al conjunto de los centros urbanos de la provincia con 5000 habitantes o más.

De los dos Cuadros anteriores, el 5.1 y el 5.2, en relación con la cantidad de discapacidades por persona, lo que puede reflejar cierto grado de complejidad, se observa que del total de personas con discapacidad en la provincia de Corrientes, casi las tres cuartas partes están afectadas por una sola discapacidad, la quinta parte por dos, y una menor proporción por tres y más discapacidades. Cabe resaltar que los adultos mayores tienen una mayor tendencia a estar afectados por más de una discapacidad. Si se considera el tipo de discapacidad podemos observar que la predominante es la motora, seguida de la mental, la auditiva y la visual, en ese orden.

Teniendo en cuenta los datos aportados por la ENDI a nivel país, luego de haber analizados los mismos sobre la situación de la discapacidad en todo el territorio nacional y a fin de no ser tan extensivos en el presente trabajo, estos no fueron expuestos aquí, se puede afirmar que la situación de la discapacidad en la provincia de Corrientes, teniendo en cuenta las variables más importantes que fueron aquí expuestas a través de los cuadros y gráficos, es similar con respecto a la situación de todo el país.

Como apreciación a título personal se podría mencionar un dato particular con respecto a la prevalencia de la discapacidad en los jefes y jefas de hogar en la provincia, que alcanza al 35 % de los hogares con al menos una persona con discapacidad, situación que torna a estas personas más vulnerables teniendo en cuenta la situación socio económica de la provincia de Corrientes, al ser ésta una de las provincias con mayor índice de pobreza y desocupación del país.

3.2.2- Legislación, políticas públicas e institucionalidad de la provincia de Corrientes.

En 1982, es aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52, “El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”. Los objetivos del mismo son “promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.

Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico. Estos principios deben aplicarse con el mismo alcance y la misma urgencia en todos los países independientemente de sus niveles de desarrollo.

Nuestro país, en tanto Estado Miembro, suscribe al Programa de Acción Mundial y a partir del espíritu del documento aprobado por la Asamblea General fue conformando un amplio marco legal que aborda la temática de la discapacidad.

En ese sentido podemos citar:

- La Ley 22.431/81 de “Protección Integral de las Personas con Discapacidad”,
- La Ley 24.901/97 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”,
- El decreto 762/97 por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y el Decreto 1193/98 reglamentario de la Ley 24901, necesario para la implementación del Sistema Único de Prestaciones Básicas. Este sistema contempla prestaciones de prevención, rehabilitación, terapéuticas educativas, educativas y asistenciales.

- La Ley 22.431 instó a las Autoridades Provinciales a sancionar regímenes legislativos similares.

En la provincia de Corrientes, en el año 1.990, se sanciona la Ley 4.478 “REGIMEN DE PROTECCION INTEGRAL PARA PERSONAS DISCAPACITADAS”, derogando la Ley 3.648 de adhesión a la Ley Nacional de Protección Integral de Personas Discapacitadas, siendo de esta manera la Ley 4.478, la que nos rige en la actualidad en todo el territorio provincial.

La Ley 4.478 establece en su CAPITULO II, la creación del CONSEJO PROVINCIAL DEL DISCAPACITADO, estableciendo sus funciones en los siguientes artículos:

ARTICULO 4º: Crease el Consejo Provincial del Discapacitado que actuará como órgano consultivo, resolutorio y de aplicación de la presente ley, en el que estarán representados el Gobierno Provincial a través de los organismos de las áreas específicas y los entes o asociaciones privadas representativas de los discapacitados. Su composición, régimen y funcionamiento serán establecidos por la reglamentación.

ARTICULO 5º: El Consejo Provincial del Discapacitado, certificara en cada caso, la existencia de la incapacidad, grado, naturaleza y posibilidades de rehabilitación. Expedirá además la constancia o documento que acredite la discapacidad el que deberá ser presentado para todo tramite relativo a los beneficios de la presente ley. Los requisitos y formalidades serán establecidos por la reglamentación.

ARTICULO 6º: Asignase al Consejo Provincial de Discapacitado las siguientes funciones:

- a) Reunir la información referente a la situación de los discapacitados en la Provincia y propender a su adecuada difusión.
- b) Implementar el Registro Provincial de Discapacitados y de las instituciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de los mismos.
- c) Elaborar planes y programas para su estudio y aprobación por el Poder Ejecutivo como fines al mejor cumplimiento de la presente Ley.
- d) Asesorar y supervisar la ejecución de las actividades programadas y aprobadas por el Poder Ejecutivo.
- e) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente Ley.
- f) Promover y coordinar la investigación en el área de la discapacidad.

Con respecto al tema de Salud, la Ley 4.478, establece en su CAPITULO III, SALUD, lo siguiente:

ARTICULO 7º: El Ministerio de Salud Publica habilitará en los hospitales centros de atención de la salud, de acuerdo a su grado de complejidad y área a cubrir, servicios parciales y/o unidades de tratamiento integral para lactantes, niños y adolescentes y adultos discapacitados, tendientes a su tratamiento, rehabilitación o recuperación de su capacidad física.

ARTICULO 8º: Al Ministerio de Salud Publica, le compete la habilitación y fiscalización de establecimientos oficiales y privados destinados al tratamiento, rehabilitación y/o recuperación de personas discapacitadas.

ARTICULO 9º: Los servicios de rehabilitación medico asistencial se complementaran con medidas que faciliten la adquisición, adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis, ortesis y otros elementos auxiliares adecuados al tipo y grado de discapacidad de que se trate.

Con respecto al accionar en el campo de la atención de la discapacidad por parte del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes, recién a fines del año 2.008, se crea en el ámbito del mismo, un Departamento de Atención de la Discapacidad, el cual todavía no ha elaborado un programa o plan de trabajo para atender particularmente las necesidades de salud y rehabilitación de personas con discapacidad.

Este Departamento solamente ha llevado a cabo acciones como designar equipos de profesionales, que están siendo capacitados por el Servicio Nacional de Rehabilitación con el fin de constituir nuevas Juntas Evaluadoras de Personas para el Certificado de Discapacidad, que se distribuirán estratégicamente en el territorio provincial.

Al respecto vale mencionar que en la Provincia de Corrientes funcionan dos Juntas Evaluadoras, una en la ciudad capital y la otra en la segunda ciudad de la provincia, que es Goya, la primera fue creada en el año 2.001 y la segunda en el año 2.005, ambas todavía otorgan el Certificado de Discapacidad bajo las "Normas de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías", CIDDyM, a pesar de estar capacitadas para aplicar las "Normas de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", CIF.

Asimismo hasta la fecha la provincia de Corrientes no ha constituido su Junta Evaluadora de Establecimientos para la Atención de Personas con Discapacidad.

La provincia de Corrientes tiene 67 municipios de los cuales menos de un 20 %, cuentan en el ámbito de su gobierno con algún área dedicada a la temática de la discapacidad en la figura de Consejos Municipales y/o Subsecretarías.

Con todo lo expuesto hasta aquí con respecto a la situación actual de la discapacidad en la provincia de Corrientes, en cuanto a políticas públicas e institucionalidad vigente en el ámbito legislativo, ejecutivo y municipal, se puede hacer un breve análisis, de cada uno de ellos.

Con respecto al ámbito de la legislación vigente en la provincia, esta se ha adecuado siempre a las normativas nacionales en tiempo y forma, lo que quizás merece un replanteo por parte de las autoridades gubernamentales es reconsiderar el gran poder que otorgan al Consejo Provincial del Discapacitado, depositando en un solo organismo demasiadas acciones que no pueden llevarse a cabo y retrasan el avance de acciones positivas para las personas con discapacidad que habitan todo el territorio correntino.

En referencia a la institucionalidad por parte de los municipios en el ámbito de la discapacidad se requiere de un compromiso por parte de los mismos y acciones por parte del Gobierno de la provincia que de algún modo obliguen a los municipios a ocuparse de la situación de las personas con discapacidad, creando espacios adecuados para dar respuesta a las necesidades de estos.

En lo que respecta al ámbito de la Salud Pública de la provincia de Corrientes, es muy poco lo que hasta la fecha se ha implementado y puesto en marcha a través del Ministerio de Salud, pero al ser este el eje central del presente trabajo, en los próximos puntos se desarrollarán los objetivos específicos que exponen la situación de la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, tanto desde el ámbito público como privado, donde se analizará en profundidad la situación que se plantea.

La cantidad de municipios por categoría y su población es la siguiente:

- Municipios de 1º categoría: 12, con una población de 680.849 habitantes.
- Municipios de 2º categoría: 16, con una población de 155.709 habitantes.
- Municipios de 3º categoría: 39, con una población de 80.872 habitantes.

Según estimaciones del INDEC para junio de 2007 la población era de 1.002.416 habitantes, con una densidad de 11,49 habitantes por kilómetro cuadrado.

La provincia cuenta con una población de 927 mil personas (Censo 2001), donde la pobreza por ingresos alcanzaba en octubre del 2002 al 74.4% de ellas y la indigencia al 43.1%. La situación social de la provincia es de las más críticas del país, con la mayor proporción de población por debajo de la línea de pobreza, compartiendo con las otras provincias de la región NEA los índices más altos del país de población indigente.

La tasa de desocupación en Corrientes es del 19.7% en octubre del 2002, encontrándose sobre la tasa nacional (17.8%) y de la mayoría de la desocupación de las provincias de la región NEA. La provincia también muestra una alta desigualdad en la distribución del ingreso. El 50% de los hogares más pobres reciben el 26 % del ingreso, en tanto que el 10% más rico acumula el 29,3% del ingreso total. El 10% más rico de la población recibe un ingreso que es casi 33.2 veces que el del 10% más pobre.

3.2.4- Situación de la cobertura en salud de la provincia de Corrientes.

Debemos mencionar que un sistema de atención es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es recuperar la salud y/o evitar su pérdida. Un buen sistema mejora la vida cotidiana de las personas en forma tangible.

Los servicios de salud son recursos fundamentales para implementar estrategias de prevención y control de enfermedades, por lo cual es relevante evaluar los problemas de cobertura y accesibilidad, que constituyen barreras para la implementación y efectividad de las intervenciones.

Cobertura en salud.

Además de la cobertura formal, el acceso a sistemas de salud es otro de los determinantes de salud relevantes. En nuestro país, a pesar que muchas personas tienen cobertura, ya sea a través de subsistemas de seguridad social públicos o privados, existen barreras a recibir una atención de salud.

Una forma de conocer la cobertura de salud es considerar que proporción de la población no tiene cobertura de obra social o plan privado, por lo cual su única protección en salud esta dada por los hospitales y centros de salud del estado.

Según el "Análisis de Situación de Salud", Región NEA del Ministerio de Salud de la Nación, de Noviembre de 2008, la población con Cobertura de Salud Estatal de la Provincia de Corrientes alcanza al 48,8 %, siendo junto a las provincias que integran la

región NEA, los que presentan la mayor cantidad de población con cobertura únicamente estatal del país cuyo porcentaje medio es del 36 %.

Servicios de salud.

La distribución geográfica de los servicios de salud, representa una parte de la accesibilidad de la población a la atención médica y servicios sanitarios.

Según los datos del “Análisis de Situación de Salud”, Región NEA del Ministerio de Salud de la Nación, en la región NEA, grandes extensiones de la región no cuentan con la presencia de hospitales o centros de salud: las pertenecientes al noroeste de la provincia de Chaco y el centro y noreste de Corrientes. Si bien puede entenderse que se trata de zonas con baja densidad poblacional, se observa asimismo cómo esas zonas sin presencia de estructura sanitaria terminan cuando se pasa la frontera hacia otra provincia. La mayor concentración de servicios se encuentra en las ciudades capitales (principalmente entre Corrientes, Resistencia y Posadas).

A la información presentada más arriba podemos agregar otra fuente de datos sobre cantidad de establecimientos asistenciales de región. Según datos del año 2000 Chaco y Misiones son las provincias que poseían mayor cantidad de servicios (519 y 617 cada una). Corrientes con una población similar, tenía sólo 387. Teniendo en cuenta esos datos, se observa que Corrientes, cada 10.000 habitantes, tenía aproximadamente 4 centros, mientras que en Misiones la relación era de 6 /10.000.

Gasto en salud.

El gasto público consolidado en salud consiste en todas las erogaciones del gobierno en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal) e incluye a la atención pública de la salud, a la atención por las obras sociales (nacionales y provinciales) y a los gastos en atención de la salud por parte del Instituto Nacional de Seguridad Social, Jubilaciones y Pensiones (INSSJP).

En el año 2006 a nivel país el gasto público en salud correspondió al 15,3% del gasto público total. Analizado esto por regiones, es posible observar que el NEA es la región que menos ha destinado a salud en lo que respecta al gasto público, alcanzando este un valor de 11,1%.

A nivel provincial se hacen evidentes las diferencias. Los gastos por persona de Formosa y Chaco han sido ampliamente mayores al de Corrientes y Misiones. La diferencia entre la primera y la última de las provincias es de más de \$150, con un gasto por persona en Formosa de \$ 374 y Corrientes \$ 247 por persona.

A modo de conclusión se puede indicar que las diferencias en los niveles de salud de la provincia de Corrientes se encuentran concentrados en dos determinantes: el ambiente socio-económico y el grado de cobertura y acceso a la atención médica.

El factor que contribuye al análisis del acceso al sistema de salud es la cobertura, ya que casi la mitad de la población depende únicamente del sistema público.

La región NEA es, lamentablemente, una de las regiones con indicadores menos favorables. En este sentido no es un dato menor que la inversión en salud por habitante sea proporcionalmente menor a las de otras regiones y lo mismo ocurre con los porcentajes del gasto público que se invierte en salud.

Evidentemente las políticas sanitarias deberán encontrar el modo de incidir sobre estos factores para alcanzar niveles de salud similares a los nacionales.

Ante este breve panorama expuesto sobre la situación de la salud de la población en general de la provincia de Corrientes, a continuación se detallaran los servicios de atención de la salud y rehabilitación, tanto pública como privada para las personas con discapacidad en la provincia de Corrientes.

3.3- Servicios públicos y privados disponibles en la provincia de Corrientes para la atención de la salud y rehabilitación integral para las personas con discapacidad.

3.3.1- Establecimientos de Salud Pública de la provincia de Corrientes.

Los establecimientos de Salud Pública de la provincia de Corrientes dependen administrativa y financieramente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, con excepción de los SAPS (Salas de Atención Primaria de la Salud) de la ciudad Capital que dependen de la Municipalidad de la Ciudad Corrientes.

La provincia de Corrientes esta dividida en 5 Regiones Sanitarias, y el área de la Capital provincial que se la diferencia de las demás.

Estas regiones han sido determinadas teniendo en cuenta la población existente y la accesibilidad geográfica y de transporte interurbano.

En cada una de las regiones existe un Hospital Regional, de diferentes complejidades, los cinco poseen Servicio de Kinesiología y Fisioterapia, pero solo en la Región I, Capital existen Servicio de Rehabilitación para personas con discapacidad dentro del Hospital Regional y en la Región III, Goya.

Cada Región a su vez cuenta con Hospitales de menor complejidad, los cuales todos cuentan con Servicios de Kinesiología y Fisioterapia.

Establecimientos de Salud Pública en la Capital de la provincia de Corrientes.

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
Hospital Geriátrico “Juana F. Cabral”	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Hospital Llano “Ángela I. de Llano”	SI	NO	NO	NO
Hospital de Salud Mental “San Fco. de Asís”	SI	SI	INTERNACION AMBULATORIA	MENTAL
Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”	SI	SI	INTERNACION AMBULATORIA	MOTORA
Centro del Adolescente	NO	NO	AMBULATORIA	INTELECTUAL
Instituto Correntino de Ayuda al Lisiado (I. C. A. L.)	SI	SI	AMBULATORIA	MOTORA
Hospital Escuela “José Fco. de San Martín”	SI	SI	AMBULATORIA	MOTORA
Hospital “J. R. Vidal”	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO

Centros de atención primaria de la salud en la Capital de la provincia de Corrientes.

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO DE KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
C.A.P.S Nº 1 – Bº San José	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 2 – Ex Coni	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 3 – Dr. Taglialegne Bº 1536 Viv.	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 4 – República de Venezuela	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 5 – Dr. Luis Montaña	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 6 – Tiburcio Fonseca	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 7 – Laguna Brava	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 8 – Santa Teresita	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 9 – Bº 17 de Agosto	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 10 – Molina Punta	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 11 – Rubén Darío Casco	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 12 – Bº Ponce	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 13 – Quilmes	SI	NO	AMBULATORIA	NO
C.A.P.S Nº 14 – Bº Juan de Vera	SI	NO	AMBULATORIA	NO

Salas de atención primaria de la salud en la Capital de la provincia de Corrientes.

En la ciudad Capital de la provincia de Corrientes existen 23 SAPS, distribuidos estratégicamente en los barrios, pero estos dependen administrativamente y financieramente del Municipio de la ciudad Capital.

Todos los SAPS cuentan con Kinesiólogos, cuya atención está centrada en la asistencia kinésica respiratoria solamente por falta de estructura física y equipamiento.

Establecimientos de Salud Pública en el interior de la provincia de Corrientes.

Región sanitaria I.

ESTABLECIMIENTO POR LOCALIDAD	SERVICIO KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
Berón de Astrada. Hospital "J. R. Vidal"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Caá Catí. Hospital "San Vicente de Paul"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Empedrado. Hospital "Dr. Dávila"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Iratí. Hospital "A. J. García"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Ing. 1ro. Correntino. Puesto Sanitario	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Lomas de Vallejos. Estación Sanitaria	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Loreto. Hospital "Dr. Piñeiro"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Palmar Grande. Estación Sanitaria	NO	NO	AMBULATORIA	NO
San Cosme. Hospital "J. C. Rivero"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
San Luís Del Palmar. Hospital	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
San Luís Del Palmar. Hospital Psiquiátrico "E. P. Ramírez"	SI	SI	INTERNACION AMBULATORIA	MENTAL
San Miguel. Hospital "J. R. Vidal"	SI	SI	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Santa Ana. Puesto Sanitario "María Auxiliadora"	SI	NO	AMBULATORIA	NO
Ramada Paso "Dr. Fco. Baiao"	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Paso de la Patria. Hospital "Cicconetti"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Santa Rosa. Hospital	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO

Región sanitaria II.

ESTABLECIMIENTO POR LOCALIDAD	SERVICIO KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
Bella Vista. Hospital "El Salvador"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
San Roque. Hospital	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Concepción. Hospital "Inmaculada Concepción"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Mantilla. Estación Sanitaria	SI	NO	AMBULATORIA	NO
Mburucuyá. Hospital "San Antonio de Padua"	SI	NO	AMBULATORIA	NO
San Lorenzo. Estación Sanitaria	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Saladas. Hospital "María Auxiliadora"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Tabay. Hospital "Virgen de Iratí"	SI	NO	AMBULATORIA	NO
San Roque Estación Sanitaria Colonia Pando	NO	NO	AMBULATORIA	NO
9 de Julio. Hospital "Juan Romero"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Chavarría. Estación Sanitaria	SI	NO	AMBULATORIA	NO
Tatacuá. Puesto Sanitario	NO	NO	AMBULATORIA	NO

Región sanitaria III.

ESTABLECIMIENTO POR LOCALIDAD	SERVICIO KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
Esquina. Hospital “San Roque”	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Cruz de los Milagros Est. San.	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Lavalle. Puesto Sanitario “Dr. José Rosembaum”	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Santa Lucía. Hospital “Juan R. Gómez”	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Gobernador Martínez. Hospital “Ángela E. P. de López”	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Colonia Libertador. Estación Sanitaria “Libertador”	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Goya. Hospital “Dr. Camilo Muniagurria”	SI	SI	INTERNACION AMBULATORIA	MOTORA
Yataity Calle. Puesto Sanitario	NO	NO	AMBULATORIA	NO

Región sanitaria IV.

ESTABLECIMIENTO POR LOCALIDAD	SERVICIO KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
Bompland. Estación Sanitaria	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Colonia Carlos Pellegrini. Hospital	NO	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Curuzú Cuatiá. Hospital "Fernando Irastorza"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Parada Pucheta. Estación Sanitaria	NO	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Paso de los Libres. Hospital "San José"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Colonia Juan Pujol. Puesto Sanitario "Manuel Belgrano"	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Mercedes. Hospital "Las Mercedes"	SI	SI	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Mocoreta. Hospital	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Monte Caseros. Hospital "Samuel W. Robinson"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Sauce. Hospital "Santa Rosa"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Tapebicuá. Puesto Sanitario	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Peruggorría. Hospital "San Pedro"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Felipe Yofre. Hospital	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Mariano I. Loza. Hospital "Rubén Darío Casco"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO

Región sanitaria V.

ESTABLECIMIENTO POR LOCALIDAD	SERVICIO KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	SERVICIO DE REHABILITACION PARA PCD	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DISCAPACIDAD
Gral. Alvear. Hospital "Dr. Miguel Sussini"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Apipé Grande. Estación Sanitaria	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Colonia Garabi. Puesto Sanitario "Desiderio Sosa"	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Garruchos. Estación Sanitaria	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Itá Ibaté. Hospital "Inmaculada Concepción"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Ituzaingó. Hospital "Dr. Ricardo Billingurst"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
La Cruz. Hospital "San Antonio de Padua"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Torrent. Puesto Sanitario "San Francisco"	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Santo Tomé. Hospital "San Juan Bautista"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Gdor. Virasoro. Hospital "Dr. Miguel Sussini"	SI	NO	INTERNACION AMBULATORIA	NO
Colonia Liebig. Hospital	NO	NO	AMBULATORIA	NO
San Carlos. Estación Sanitaria	SI	NO	AMBULATORIA	NO
Colonia Libertad. Sala de Primeros Auxilios	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Guaviraví. Puesto Sanitario	NO	NO	AMBULATORIA	NO
Yapeyú. Hospital "Daniel Vergara"	SI	NO	AMBULATORIA	NO

3.3.2- Instituciones de atención para personas con discapacidad de la provincia de Corrientes.

Instituciones en la Capital de la provincia de Corrientes.

	INSTITUCIONES	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DE DISCAPACIDAD
1	Escuela Especial N° 1 "Dra. Carolina Tobar García"	EDUC. ESPEC.	MENTAL
2	Escuela Taller N° I "Harold Andrés Fores"	TALLER PROT.	MENTAL
3	Escuela Especial N° 20 para Irregulares Motores	EDUC. ESPEC.	MOTORA
4	Escuela Especial N° 9 "Helen Keller"	EDUC. ESPEC.	AUDITIVA
5	Escuela Especial N 26 "Petrona Elida Ignatoff"	EDUC. ESPEC.	VISUAL
6	Escuela Especial N° 29 Hospitalaria "Juan Pablo II"	EDUC. ESPEC.	MENTAL
7	Escuela Especial "Ángela Llano de Iglesia". CARIDI "JESÚS NAZARENO"	EDUC. ESPEC.	MENTAL
8	Taller Protegido de Producción "San José Obrero"	TALLER PROT.	MENTAL
9	Instituto Centro del Niño Especial CeNE	CENTRO REHA.	MOTORA
10	Instituto de Educación Especial "Integrar"	CENTRO REHA.	MIXTA
11	Instituto "Crecer con Todos"	CENTRO REHA.	MOTORA
12	Instituto Privado de Educación Especial IPEEC	GEN.EDUC.TER.	MIXTA
13	Instituto Corrientes Oral	CENTRO REHA.	AUDITIVA
14	Centro Integral para el Discapacitado CIPED	CENTRO REHA.	MOTORA
15	Instituto para Ciegos "Valentín Haüy"	CENTRO REHA.	VISUAL
16	Instituto Correntino de Ayuda al Lisiado. ICAL	CENTRO REHA.	MOTORA
17	Centro Educativo Terapéutico con Integración	GEN.EDUC.TER.	MIXTA
18	Instituto de Atención a la Diversidad San Expedito - IADSE	CENTRO REHA.	MIXTA
19	Centro Educativo Terapéutico "Rincón de Sueños"	GEN.EDUC.TER.	MIXTA

ONG en la Capital de la provincia de Corrientes.

	INSTITUCIONES	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DE DISCAPACIDAD
1	CARIDI "JESÚS NAZARENO"	EDUC. ESPEC.	MENTAL
2	ACICO- ASOCIACIÓN DE CIEGOS DE CORRIENTES.	SOLIDARIA	VISUAL
3	ASOCIACIÓN DE SORDOMUDOS DE CORRIENTES	SOLIDARIA	AUDITIVA
4	ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE CORRIENTES	CENTRO REHA.	AUDITIVA
5	FUNDACIÓN ARGENTINA PARA CIEGOS	SOLIDARIA	VISUAL
6	CADIM.	SOLIDARIA	MENTAL
7	CENTRO SOLIDARIO "SAN JORGE".	CENTRO REHA.	MIXTA
8	ASOCIACIÓN DE PADRES Y PERS. CON ESPINA BÍFIDA	SOLIDARIA	MOTORA
9	ASOCIACIÓN "LUCERO DE ESPERANZA".	SOLIDARIA	MOTORA
10	APADEA.	SOLIDARIA	MENTAL
11	VOLUNTARIADO DIVINO NIÑO JESÚS	SOLIDARIA	MENTAL
12	FUNDACIÓN VIRGEN DE LUJÁN	SOLIDARIA	MIXTA
13	ANCIC.	CENTRO REHA.	AUDITIVA
14	FUNDACIÓN BROSTAR	SOLIDARIA	MIXTA
15	FUNDACION "FOTOS DEL ALMA"	SOLIDARIA	VISUAL
16	ASOCIACIÓN DE SINDROME DE DOWN	SOLIDARIA	MENTAL
17	ARMOA. CASA DE LOS PADRES DEL HOSP. PEDIATRICO	SOLIDARIA	MIXTA
18	ASOCIACION CIVIL ESPERANZA	SOLIDARIA	MIXTA
19	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO "AL DON PIRULERO"	CEN.EDUC.TER.	MIXTA
20	INSTITUTO "PADRE LEOPOLDO MANDIC"	CENTRO REHA.	MOTORA

Instituciones en el interior de la provincia de Corrientes.

	INSTITUCIONES	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DE DISCAPACIDAD
1	CONSEJO MUNICIPAL DEL DISCAPACITADO DE GOYA	SOLIDARIA	MIXTA
2	CONSEJO MUNICIPAL DEL DISCAPACITADO DE MERCEDES	SOLIDARIA	MIXTA
3	CONSEJO MUNICIPAL DEL DISCAPACITADO DE ESQUINA	SOLIDARIA	MIXTA
4	ESCUELA ESPECIAL Nº 22 "DON PEDRO MERELLO" BELLA VISTA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
5	ESCUELA ESPECIAL Nº 14. SALADAS	EDUC. ESPEC.	MIXTA
6	ESCUELA ESPECIAL HOSPITALARIA Nº 30. GOYA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
7	ESCUELA ESPECIAL Nº 2. "JOHN F. KENNEDY". GOYA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
8	ESCUELA ESPECIAL Nº 13 "GDOR. DIEGO DIAZ COLODRERO"	EDUC. ESPEC.	MIXTA
9	ESCUELA ESPECIAL Nº 24. SAN LUIS DEL PALMAR	EDUC. ESPEC.	MIXTA
10	ESCUELA ESPECIAL Nº 23. "JESUS DE LA MISERICORDIA". CAA-CATI	EDUC. ESPEC.	MIXTA
11	ESCUELA ESPECIAL Nº 7. "J. BALESTRA". CURUZU-CUATIA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
12	ESCUELA ESPECIAL Nº 19. "LIC. JULIA O. CUBILLA". PASO DE LOS LIBRES	EDUC. ESPEC.	MIXTA
13	ESCUELA ESPECIAL Nº 6. "SAN FRANCISCO DE ASIS". MERCEDES	EDUC. ESPEC.	MIXTA
14	ESCUELA ESPECIAL Nº 18. GENERAL ALVEAR	EDUC. ESPEC.	MIXTA
15	ESCUELA ESPECIAL Nº 21. "ANTONIO GERARDO PIÑEYRO". SAUCE	EDUC. ESPEC.	MIXTA
16	ESCUELA ESPECIAL Nº 12. ITUZAINGO	EDUC. ESPEC.	MIXTA
17	ESCUELA ESPECIAL Nº 25. "SANTA RITA DE CASIA". LA CRUZ	EDUC. ESPEC.	MIXTA
18	ESCUELA ESPECIAL Nº 8. MONTE CASEROS	EDUC. ESPEC.	MIXTA
19	ESCUELA ESPECIAL Nº 27. TATACUA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
20	ESCUELA ESPECIAL Nº 17. SANTO TOME	EDUC. ESPEC.	MIXTA
21	ESCUELA ESPECIAL Nº 16. SANTO TOME	EDUC. ESPEC.	MIXTA
22	ESCUELA ESPECIAL Nº 32. SAN COSME	EDUC. ESPEC.	MIXTA
23	ESCUELA ESPECIAL Nº 31. SANTA LUCIA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
24	ESCUELA ESPECIAL Nº 28. SANTA ROSA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
25	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 132 "ANGEL BASSI". LORETO	EDUC. ESPEC.	MIXTA
26	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 134 "FRAY JOSE DE LA QUINTANAI". SAN ROQUE	EDUC. ESPEC.	MIXTA
27	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 644 "JUAN J. DE URQUIZA". MOCORETA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
28	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 407 "PROVINCIA DE JUJUY". MARIANO I. LOZA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
29	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 87 "JOSE DANIEL BIANCHI". MARIANO I. LOZA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
30	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 81 "JUAN E. TORRENT". MBURUCUYA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
31	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 29 "PEDRO RIOS". CONCEPCION	EDUC. ESPEC.	MIXTA
32	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 553. SAN CAYETANO	EDUC. ESPEC.	MIXTA
33	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 410 "PROVINCIA DE SANTA CRUZ". PERUGORRIA	EDUC. ESPEC.	MIXTA
34	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 168. PUEBLO LIBERTADOR	EDUC. ESPEC.	MIXTA
35	ESCUELA DE EGB I Y II Nº 483 "LORENZA PIÑEYRO DE RAMOS". LORETO	EDUC. ESPEC.	MIXTA

ONG en el interior de la provincia de Corrientes

	INSTITUCIONES	MODALIDAD PRESTACIONAL	TIPO DE DISCAPACIDAD
1	PEQUEÑO COTOLENGO "DON ORIONE". ITATI	HOGAR	MIXTA
2	FUNDACIÓN "VIRGEN DE LORETO". LORETO	SOLIDARIA	MIXTA
3	ASOCIACIÓN CIVIL "GRILUNDIS". SALADAS	CEN. REHAB.	MIXTA
4	CENTRO INTEGRAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL CIEE. GOYA	CEN. REHAB.	MIXTA
5	ADAPED. GOYA.	CEN. REHAB.	MIXTA
6	APIPE. GOYA.	CEN. REHAB.	MIXTA
7	ASOCIACIÓN DE PADRES Y AMIGOS DEL DISCAPACITADO. GOYA.	SOLIDARIA	MIXTA
8	APADEM. MERCEDES.	SOLIDARIA	MIXTA
9	AMAS. MERCEDES	SOLIDARIA	MIXTA
10	ADAMC. MONTE CASEROS	SOLIDARIA	MIXTA
11	APAPED. MONTE CASEROS	CEN. REHAB.	MIXTA
12	CENTRO DEL NIÑO ESPECIAL "ALTO URUGUAY". SANTO TOME	CEN. REHAB.	MIXTA
13	ADEC. ESQUINA.	CEN. REHAB.	MIXTA
14	CADIS. ITUZAINGÓ.	CEN. REHAB.	MIXTA
15	AGADIM. BELLA VISTA.	CEN. REHAB.	MIXTA

3.4- Análisis de las características de la población con discapacidad de la provincia de Corrientes, que demandan atención de la salud y rehabilitación integral.

En esta parte del trabajo en función de los datos expuestos sobre las estadísticas de la Provincia de Corrientes de las personas con discapacidad, se realizara un análisis de las características de la demanda, teniendo en cuenta las variables de número, edad y tipo de discapacidad, a fin de tener un panorama provincial de quienes demandan atención y rehabilitación.

3.4.1- ¿Quiénes demandan?

Para poder analizar y determinar quienes demandan atención de la salud y rehabilitación integral, debemos comparar los datos estadísticos extraídos de la ENDI de la Provincia de Corrientes, con la Región Noreste y el País.

Cuadro 6. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad en el País, la Región NEA y la provincia de Corrientes.

	POBLACION TOTAL	POBLACION CON DISCAPACIDAD	PREVALENCIA
PAIS	30.757.628	2.176.123	7,10%
REGION NEA	2.352.628	155.560	6,60%
CORRIENTES	692.647	48.037	6,90%

Fuente: INDEC. ENDI.

En el Cuadro anterior, se realiza una comparación de la prevalencia de la discapacidad en la Provincia de Corrientes, en la región NEA y en el País, de la cual surge que las diferencias entre ellos es poco manifiesta ya que la Provincia de Corrientes con respecto al País esta apenas 0,20 % por encima de la media y con respecto a la Región NEA esta solamente 0,30 % por encima de esta.

Lo que nos permite enunciar que la situación con respecto al número de personas con discapacidad en relación a la población de la provincia de Corrientes está dentro de los parámetros aceptables.

Cuadro 7. Distribución de discapacidades según tipo de discapacidad en el País, en la Región NEA y en la provincia de Corrientes.

	VISUAL	AUDITIVA	MOTORA	MENTAL	OTRA DISCAPACIDAD
PAIS	22,00%	18,00%	39,50%	15,10%	1,60%
REGION NEA	18,10%	17,90%	37,30%	18,00%	8,70%
CORRIENTES	16,00%	18,00%	34,30%	23,40%	8,30%

Fuente: INDEC. ENDI.

Al analizar el Cuadro 7 de distribución de discapacidades según tipo de discapacidad en el País, Región NEA y la Provincia de Corrientes, podemos apreciar que los valores de las discapacidades visuales, auditivas y motoras son casi similares en los tres, salvo la mental que en la Provincia de Corrientes, supera en más de 5 puntos a la del País y en más de 8 puntos a la de la Región NEA.

Teniendo en cuenta, según los datos que se observan, la Provincia de Corrientes presenta mayor porcentaje de personas con discapacidad mental. Por tal motivo, merecería un estudio específico sobre dicha población, lo cual sería beneficioso para conocer las causas de tal diferencia.

Asimismo esta diferencia de mayor porcentaje en las personas con discapacidad mental nos da un panorama diferente respecto a la demanda de atención.

Cuadro 8. Distribución de discapacidades según grupos etários en el País, en la Región NEA y en la provincia de Corrientes.

GRUPOS DE EDAD	PAIS	REGION NEA	CORRIENTES
0-14	11,70 %	17,60%	20,30 %
15-64	48,50 %	51,40%	47,00 %
65 Y MAS	39,80 %	30,80%	32,70 %

Fuente: INDEC. ENDI.

Al analizar el Cuadro anterior se pueden distinguir algunas diferencias considerables, en el caso del grupo etario que comprende de 0-14 años, la provincia de Corrientes tiene un valor que casi duplica a la media del País y menos de 3 puntos por encima de la Región NEA, en el grupo de 15-64 años el valor de la Provincia de Corrientes está 1 punto por debajo de la del País y 4 puntos por debajo de la Región NEA, y por último en el grupo de 65 años y más, tanto la Provincia de Corrientes como la Región NEA tienen valores con una diferencia entre 7 y 9 puntos por debajo de la del País.

3.4.2- Análisis de la demanda.

Habiendo comparado en los cuadros anteriores la población con discapacidad de la provincia de Corrientes con la Región NEA y el País, teniendo en cuenta las variables de número, tipo y edad de las personas con discapacidad se estaría en condiciones de enunciar las características de la demanda de atención de la salud y rehabilitación de la población con discapacidad de la Provincia de Corrientes:

a) Análisis de la demanda según número de personas con discapacidad y el requerimiento de asistencia:

Según el número de personas y teniendo en cuenta lo que establece la OMS, que de la población de personas con discapacidad (estimando como base el 7 %) es aceptable que un 3 % requiera acciones para disminuir el impacto de su discapacidad, un 1% requiere cuidados complejos y permanentes (institucionalización especializada) y el 3 % restante, no requeriría acciones porque padece un déficit mínimo, compensado en el entorno familiar, la demanda se constituiría de la siguiente manera:

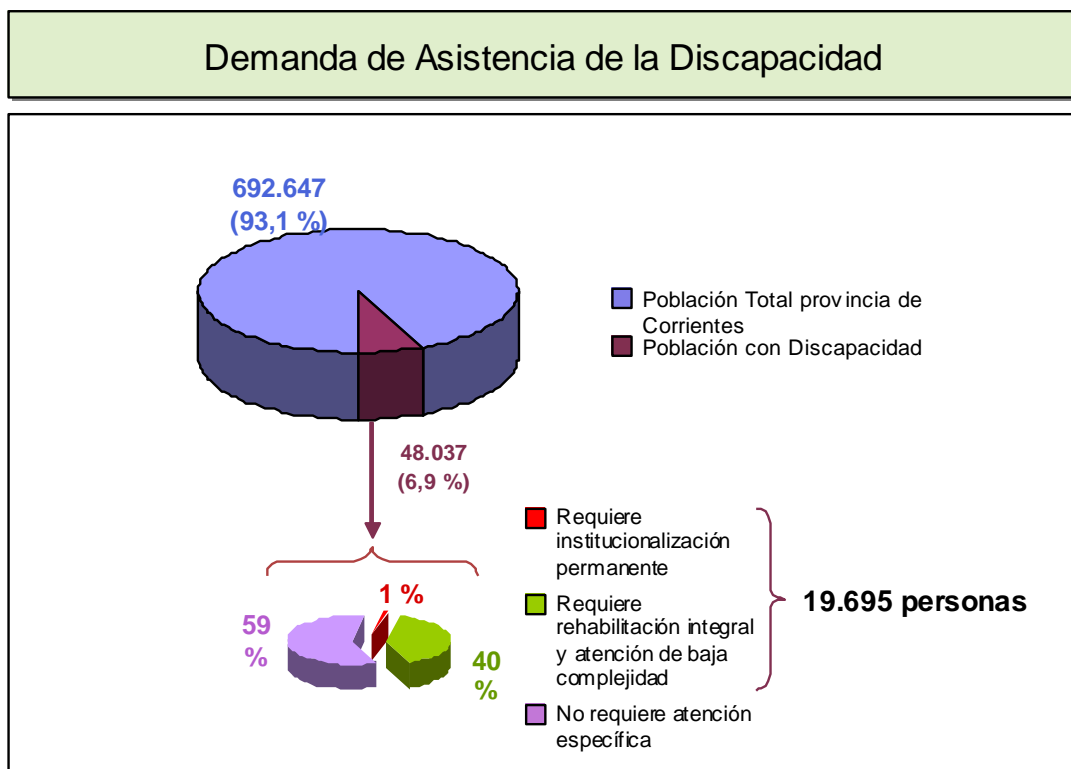
Cuadro 9. Distribución del requerimiento de asistencia según la OMS, aplicado a la provincia de Corrientes.

Requerimiento de Asistencia	Personas Con discapacidad
Institucionalización permanente	480
Rehabilitación integral especializada y atención de baja complejidad	19.215
No requieren acciones	28.342
Total	48.037

Fuente: INDEC. ENDI.

De esta síntesis se desprende que aproximadamente 19.695 personas con discapacidad en la provincia de Corrientes requieren asistencia, representado alrededor del 41% de esta población (ver gráfico siguiente).

Grafico 3. Distribución del requerimiento de asistencia según la OMS, aplicado a la provincia de Corrientes.



b) Análisis de la demanda según tipo de discapacidad.

Con respecto a poder determinar según el tipo de discapacidad la demanda real de atención en salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad en la provincia de Corrientes, es una situación muy difícil de determinar por la falta de datos.

Por un lado en este aspecto no se podría aplicar a esta variable lo que establece la OMS en cuanto a la estimación de que sobre el 7 % de la población con discapacidad, un 1 % requiere institucionalización permanente, un 3 % requiere rehabilitación integral y de baja complejidad y el 3 % restante no requiere atención específica y relacionarlo con el tipo de discapacidad, ya que cada discapacidad es una entidad totalmente diferente y por lo tanto no requieren todas las mismas acciones.

Por otro lado el dato con el que se cuenta al respecto es el de la población con discapacidad que recibe atención habitual en salud según la ENDI, a nivel País, solamente.

Por ultimo, para poder determinar la demanda de atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad de la provincia de Corrientes, la mejor fuente de datos la aportarían los registros de Certificación de la Discapacidad, los cuales determinan ante la evaluación de las personas con discapacidad la necesidad de cobertura en salud de las mismas.

Lamentablemente en la provincia de Corrientes, desde que se implemento la Certificación de la Discapacidad, a través de la CIDDyM, desde el año 2001 y hasta la

fecha se han otorgado alrededor de 10.000 Certificados de Discapacidad, pero no se han procesado los registros aún para poder contar con los datos adecuados.

A pesar de esta falta de datos a nivel provincial, se analizará los datos aportados por la ENDI del País, en función de cómo se ha expresado con anterioridad en esta variable no hay grandes diferencias entre la provincia y el País.

Cuadro 10. Total País. Población con discapacidad. Recibe o recibió estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación según cantidades de discapacidad y tipo.

Cantidad de discapacidades y tipo	Total		Recibe o recibió estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación					
			Recibe		No recibe pero recibió		No recibe ni recibió	
				%		%		%
Total	2.176.123	100	646.124	29,7	663.997	30,5	311.216	14,3
Una discapacidad	1.609.118	100	455.329	28,3	482.421	30,0	225.682	14,0
Sólo visual	314.423	100	67.362	21,4	56.295	17,9	46.013	14,6
Sólo auditiva	265.355	100	34.840	13,1	67.199	25,3	47.269	17,8
Sólo del habla	45.885	100	11.219	24,5	14.249	31,1	9.734	21,2
Sólo mental	263.582	100	99.472	37,7	88.592	33,6	30.689	11,6
Sólo motora	674.164	100	217.099	32,2	245.495	36,4	90.488	13,4
Sólo otra discapacidad	45.709	100	25.337	55,4	10.591	23,2	(..)	(..)
Dos discapacidades	438.823	100	142.264	32,4	140.034	31,9	64.182	14,6
Tres discapacidades o más	128.182	100	48.531	37,9	41.542	32,4	21.352	16,7

Fuente: INDEC. ENDI.

Según el Cuadro anterior, con respecto a la cantidad de discapacidades, las personas con tres o más son las que más reciben tratamiento o rehabilitación. Entre las personas con una sola discapacidad, las que tienen sólo mental y en especial las que tienen sólo otro tipo de discapacidad, alcanzan los valores más sobresalientes (37,7 y 55,4 % respectivamente).

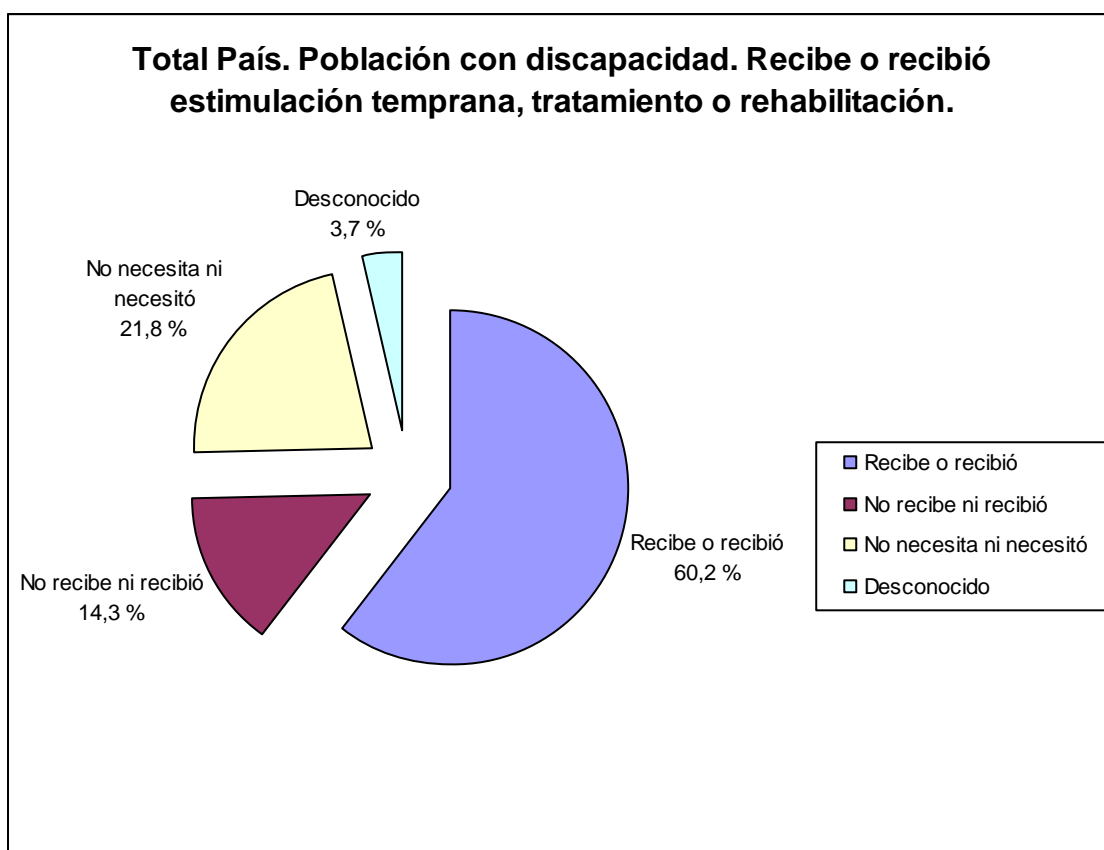
Las personas con más de una discapacidad recibieron tratamiento o rehabilitación en igual proporción que el resto de las personas con discapacidad, a diferencia de los que lo reciben actualmente. Sin embargo, entre las personas con una sola discapacidad las afectadas por discapacidad sólo motora lo han recibido en mayor proporción que el resto de las personas con discapacidad.

c) Análisis de la demanda según grupos etáneos.

Con respecto a esta variable, la ENDI brinda información sobre las personas con discapacidad que reciben o recibieron en el pasado estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación con el objetivo de conocer en que grado, desde el área de la salud, se atiende específicamente su condición de discapacidad.

Los datos que aporta la ENDI son solo a nivel País, los cuales determinan que el 60,2 % de las personas con discapacidad reciben o recibieron estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación, el 14,3 % no lo recibió nunca y algo más de la quinta parte manifiesta no necesitar ningún tipo de tratamiento (21,8 %), (ver gráfico siguiente).

Gráfico 4. Total del País. Población con discapacidad. Recibe o recibió estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación.



Fuente: INDEC. ENDI.

Si bien los datos que aporta la ENDI solo son a nivel País con respecto a las personas con discapacidad que reciben o recibieron estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación según grupos de edad, sirve de referencia para determinar la demanda de atención y rehabilitación de las personas con discapacidad en la provincia de Corrientes, como puede observarse en el cuadro siguiente.

Cuadro 11. Total del País. Población con discapacidad. Recibe o recibió estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación según grupos etáricos.

Grupos de edad	Total		Recibe o recibió estimulación temprana, tratamiento o rehabilitación					
			Recibe		No recibe pero recibió		No recibe ni recibió	
				%		%		%
Total	2.176.123	100	646.124	29,7	663.997	30,5	311.216	14,3
0-4	50.854	100	31.259	61,5	(..)	(..)	7.025	13,8
5-14	203.643	100	83.379	40,9	58.406	28,7	30.352	14,9
15-29	250.677	100	70.112	28,0	98.068	39,1	32.154	12,8
30-49	336.868	100	89.924	26,7	115.956	34,4	52.781	15,7
50-64	467.823	100	139.530	29,8	144.769	30,9	70.111	15,0
65-74	372.217	100	105.728	28,4	104.305	28,0	51.855	13,9
75 y más	494.041	100	126.192	25,5	136.573	27,6	66.938	13,5

Fuente: INDEC. ENDI.

Según la ENDI, si se analiza la población que recibe tratamiento o rehabilitación (29,7 %), se observa que después de los 14 años no hay diferencias importantes y resalta que entre los niños con discapacidad de hasta 14 años uno de cada dos recibe algún tipo de atención, mientras que los que menos reciben tratamiento o rehabilitación son los de 75 años y más.

3.4.3- Resumen del análisis de la demanda.

Después de haber expuesto y analizado los datos que aporta la ENDI, haber aplicado también lo que establece la OMS con respecto al requerimiento de asistencia de las personas con discapacidad, estaríamos en condiciones de determinar quienes demandan atención de la salud y rehabilitación integral en la Provincia de Corrientes, teniendo en cuenta las tres variables aplicadas en el análisis.

Según la primer variable analizada, el número de personas con discapacidad de la provincia de Corrientes que demandarían algún tipo de asistencia, (ver gráfico N° 3), es el 41 % de la población con discapacidad, o sea 19.695 personas.

Ahora bien, para determinar la segunda variable analizada, población con discapacidad que demandaría asistencia según grupos etáricos, cuyos datos con que se cuentan son sólo a nivel País, en el siguiente cuadro se aplican con las mismas consignas de la ENDI a la población con discapacidad de la Provincia de Corrientes.

Cuadro 12. Población con discapacidad de la provincia de Corrientes que demandaría asistencia según grupos etarios.

Grupos etarios	Total		Demandaría asistencia	
	Población con discapacidad	%	Población con discapacidad	%
Total	48.037	100	31.115	64,7
0-14	9.729	20,3	6.936	71,3
15-64	22.560	47,0	12.746	56,5
65 y más	15.748	32,7	11.433	72,6

Del Cuadro anterior surge la posibilidad de estimar que la población con discapacidad de la Provincia de Corrientes que demandaría algún tipo de asistencia según grupos etarios, estaría concentrada mayoritariamente en los grupos etarios de 0-14 años y 65 años y más y en menor proporción los comprendidos en el grupo de 15-64 años.

Para determinar la tercera y última variable analizada, población con discapacidad que demandaría asistencia según cantidades y tipo de discapacidad, cuyos datos con que se cuentan son sólo a nivel País también, en el siguiente cuadro se aplican con las mismas consignas de la ENDI a la población con discapacidad de la provincia de Corrientes.

Cuadro 13. Población con discapacidad de la provincia de Corrientes que demandaría asistencia según cantidades y tipo de discapacidad.

Cantidades y tipo de discapacidades	Total		Demandarían asistencia	
	Población con discapacidad	%	Población con discapacidad	%
Una discapacidad	35.725	74,4	30.723	86
Sólo visual	5.706	16	4.873	85,4
Sólo auditiva	6.440	18	5.293	82,2
Sólo del habla	2.977	8,3	2.346	78,8
Sólo mental	8.363	23,4	7.393	88,4
Sólo motora	12.239	34,3	10.599	86,6
Dos discapacidades	10.391	21,6	8.874	85,4
Tres discapacidades o más	1.921	4	1.600	83,3

Del análisis de este Cuadro surge que no existirían grandes diferencias en cuanto a la demanda de asistencia de las personas con discapacidad en los diferentes tipos, salvo en las personas con discapacidad mental que marcan una pequeña diferencia con el resto, quienes demandarían mayor asistencia.

3.5- Comparación de la oferta de servicios de atención de la salud y rehabilitación integral para personas con discapacidad de la provincia de Corrientes con la demanda existente.

En el presente trabajo hemos detallado la oferta de servicios públicos y privados de atención de la salud y rehabilitación integral para personas con discapacidad de la provincia de Corrientes, por un lado y por el otro hemos realizado un análisis de la demanda de asistencia de las personas con discapacidad, tomando como base los datos que arrojó la ENDI y aplicando parámetros de la OMS y variables de número, edad y tipo de discapacidad a fin de estimar la demanda existente.

En este punto del trabajo se intentará comparar la oferta y la demanda de las personas con discapacidad de la provincia de Corrientes a fin de determinar luego en el siguiente punto la cobertura mínima necesaria para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Se analizará entonces, la vinculación entre los diferentes actores que conforman uno de los mercados de la salud: el de las transacciones de los servicios para la discapacidad.

Por un lado se ha analizado a la oferta como una categoría teórica compuesta por las instituciones prestadoras que conforman diferentes niveles de agregación y que constituyen el proceso productivo de la atención con sus modelos de gestión.

Por otro lado se analizó la demanda desde los requisitos para constituirse como tal, con la aplicación de las variables ya enunciadas.

También hemos enunciado con anterioridad la existencia de un fuerte marco regulatorio estatal como elemento clave del modelo de prestaciones para la discapacidad.

En síntesis, la regulación del sistema, la oferta y la demanda y sus vinculaciones serán analizadas como los actores principales de este mercado de la salud.

El mercado es el escenario donde se reconcilian los intereses de quienes pretenden maximizar la satisfacción de sus necesidades con los ingresos de que disponen y quienes ofrecen sus productos pretendiendo maximizar sus beneficios.

Todo medio capaz de satisfacer una necesidad es un bien. Los bienes de salud se producen en el mercado por lo tanto están regidos por las leyes del mercado.

Hemos mencionado que en nuestro País existe un fuerte marco regulatorio establecido por ley, respecto a las prestaciones para las personas con discapacidad, es bueno enunciar a continuación lo que establecen estas leyes.

“Sistema de Protección Integral para las Personas con Discapacidad”

Ley 22.431 Artículo 1º:

“Instituyese por la presente ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.”

“Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”

Ley 24.901 Artículo 1º:

“Instituyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.”

Obras Sociales

Ley 24.901 Artículo 2º:

“Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1º de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.”

Cobertura

Ley 24.901 Artículo 4º:

“Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.”

De este marco regulatorio, es importante, a fin de poder analizar la oferta de servicios de la provincia de Corrientes, tomar como referencia las prestaciones que establece la ley que se resumen en el cuadro siguiente.

PRESTACIONES ESTABLECIDAS PARA LAS DISCAPACIDADES EN LA SEGURIDAD SOCIAL LEY 24901 Y RESOLUCION 400/99						
TIPO DE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO		0 a 3 años	3 a 6 años	6 a 14 años	14 a 24 años	24 años o más
*Mentales Sensoriales o *Motores con compromiso Mental	Con posibilidad de educación	*Estimulación Temprana	*Educación Inicial *Tratamiento Ambulatorio	*Educación General Básica *Tratamiento Ambulatorio	*Formación Laboral *Tratamiento Ambulatorio	*Tratamiento Ambulatorio
	Sin posibilidad de educación	*Estimulación Temprana	*Estimulación Temprana *Tratamiento Ambulatorio	*Centro Educativo Terapéutico *Tratamiento Ambulatorio	*Centro de Día *Centro Educativo Terapéutico *Tratamiento Ambulatorio	*Centro de Día
*Motores *Viscerales *Sensoriales (adquiridos)	Con posibilidad de educación y rehabilitación	*Estimulación Temprana *Tratamiento Ambulatorio	*Estimulación Temprana *Tratamiento Ambulatorio	*Centro de Rehabilitación *Tratamiento Ambulatorio	*Centro de Rehabilitación *Capacitación Laboral *Tratamiento Ambulatorio	*Centro de Rehabilitación *Tratamiento Ambulatorio
*Mentales Psicóticos		*Estimulación Temprana *Tratamiento Ambulatorio	*Estimulación Temprana *Tratamiento Ambulatorio	*Tratamiento Ambulatorio	*CET *Tratamiento Ambulatorio	*Tratamiento Ambulatorio *Centro de Día
*Discapacitados en general sin familia o hábitat	Con requerimientos asistenciales	*Pequeños Hogares *Residencias Hogares	*Pequeños Hogares *Residencias Hogares	*Pequeños Hogares *Residencias Hogares	*Pequeños Hogares *Residencias Hogares	*Residencias Hogares

En materia de demanda de servicios de rehabilitación, ocurre una situación muy particular, no sólo la persona con discapacidad es el demandante, por ejemplo en las discapacidades mentales, no es la persona con discapacidad la que demanda sino su familia, tutores o curadores.

Por lo tanto los oferentes no solo deben proveer programas de rehabilitación centrados en las personas con discapacidad sino también deben brindar servicios que satisfagan las preferencias del portador de la demanda.

En función de estas situaciones particulares que surgen en el mercado de la salud de las personas con discapacidad es bueno recordar que existen las fallas del mercado de la salud en general, las cuales también se replican en el área de la atención a la discapacidad.

Se entiende por fallas del mercado a aquellas circunstancias en las que el funcionamiento del mercado no conduce a una situación eficiente. En el mercado de la salud es posible identificar al menos tres fallas fundamentales:

La primera falla es la incertidumbre en cuanto a la incidencia de la enfermedad. Casi nunca es posible identificar con precisión cuando y de qué puede uno enfermarse y ello impide que haya un consumo racional de servicios de salud. La respuesta a este problema ha variado en el tiempo. En las comunidades antiguas era la familia extensa quien asumía la responsabilidad por el cuidado y por las elecciones racionales relacionadas con el tratamiento de sus enfermos. Con el tiempo surgen las prácticas mutualistas que extendían ese mecanismo solidario de protección de los enfermos a toda una categoría gremial, hasta que surge el seguro social regulado por el Estado.

La magnitud de la incertidumbre, medida en términos de variabilidad de la utilidad, es mucho mayor en el campo sanitario que en otras actividades. En materia de rehabilitación de la discapacidad, donde además de la asistencia médica intervienen múltiples aspectos socio-familiares, la incertidumbre con relación al producto es mucho mayor.

La segunda falla es la asimetría de información entre el médico y el paciente que puede generar una demanda inducida por parte de los prestadores. El hecho de que el usuario no sepa con exactitud qué servicios necesita permite que el prestador sobrepreste o realice prácticas excesivamente caras o poco efectivas. El demandante tiene, generalmente, poca información sobre la oferta. Las personas con discapacidad o sus familias carecen, a menudo, de la información adecuada sobre los medios y las posibilidades de rehabilitación y esta carencia hace que oscilen entre el desconcierto y la exigencia de provisión de “procedimientos milagrosos”.

La tercera falla es el riesgo moral que en el sistema de salud se concreta en el consumo excesivo de servicios. La argumentación sostiene que si la población accede al consumo de servicios sanitarios a un precio cero o cercano a cero, consumirá más de lo que consumiría si tuviese que pagar su auténtico costo social. ¿Cuál es el criterio de valoración? El criterio de valoración económica es la disposición a pagar y está dado por la demanda. La demanda considera excesivo aquello que está fuera de su disposición a pagar. Pero desde el punto de vista sanitario consumo excesivo es aquel que provoca más perjuicio que beneficio. En el caso de las prestaciones por discapacidad la regulación establece que la persona con discapacidad debe pagar cero por el servicio que recibe. Esta condición sumada a las elevadas expectativas sobre los alcances de las terapias rehabilitativas hacen que quien demanda, familiar o persona con discapacidad, tome frecuentemente como límite al consumo el agotamiento físico de la persona a rehabilitar o el agotamiento familiar para los traslados a las instituciones. A esto se suma la difusión de oferta de servicios que hacen otros países cuyo modelo de gestión clínica propicia jornadas intensivas de rehabilitación.

Otras imperfecciones del mercado de la salud se manifiestan, desde luego, también en el mercado de prestaciones para personas con discapacidad con algunas singularidades que merecen ser tenidas en cuenta:

La rehabilitación es una necesidad ineludible por lo que la demanda es altamente elástica. Cualquiera sea la discapacidad, ya sea congénita o adquirida, leve o profunda, existe el consenso médico de que la persona afectada debe recibir todos los medios terapéuticos y técnicas educativas de que se dispone hoy en día para su desarrollo bio-psicosocial.

La inexistencia, hasta el momento, de programas sistemáticos de evaluación de resultados ejecutados por la Seguridad Social contribuye a la inexistencia de formas eficientes de organización de la producción.

El pago por prestación establecido para la asistencia de personas con discapacidad sumada a la libertad de elección del prestador y a la falta de competitividad del sector público y gratuito conforman claros mecanismos de incentivos al sobreconsumo y al aumento del gasto.

Servicios públicos.

Es necesario recordar que en la provincia de Corrientes, según el “Análisis de Situación de Salud”, Región NEA del Ministerio de Salud de la Nación, de Noviembre de 2008, la población con Cobertura de Salud Estatal de la provincia de Corrientes alcanza al 48,8 %, siendo junto a las provincias que integran la región NEA, los que presentan la mayor cantidad de población con cobertura únicamente estatal del país cuyo porcentaje medio es del 36 %.

Este dato es muy significativo debido a que condiciona que casi la mitad de la población con discapacidad de la provincia no posee cobertura de seguro de salud y por lo tanto consume servicios del Estado provincial.

Si bien en la provincia de Corrientes, la distribución sanitaria, las instituciones que la componen en todo el territorio ofrece una cobertura de salud a la población en general de un nivel bastante aceptable, como lo hemos descripto con anterioridad, esta oferta de servicios no esta en condiciones de atender los requerimientos de las personas con discapacidad por las siguientes razones:

- Los hospitales del interior de la provincia no cuentan con unidades prestacionales para los diferentes tipos de discapacidad.
- La mayoría de los hospitales no cuentan con servicios de rehabilitación y solo poseen servicios de kinesiología.
- Hay escasez de recursos humanos especializados en el interior de la provincia, aún en las ciudades con mayor número de habitantes.

La atención de las personas con discapacidad en el sector público de la Provincia de Corrientes, genera las siguientes consecuencias:

- Desproporción entre la demanda espontánea y la oferta.
- Concentración de la oferta en algunas grandes ciudades.
- Desarraigo de la persona con discapacidad al ser derivada para su atención.
- Escasez de recursos profesionales para constituir los equipos de rehabilitación.
- Desarticulación entre la atención clínica, quirúrgica y la de rehabilitación.
- Falta de datos estadísticos sobre número de personas con discapacidad y su composición por patologías.

Debemos mencionar que en el ámbito público en la provincia de Corrientes existen los siguientes servicios específicos para la atención y rehabilitación de personas con discapacidad:

- Hospital Escuela “General San Martín”, en la ciudad Capital, cuenta con Servicio de Rehabilitación para personas con discapacidad motora pero el equipo interdisciplinario incompleto.
- Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”, en la ciudad Capital, cuenta con Servicio de Rehabilitación para niños con discapacidad neurológica y motora, pero el equipo interdisciplinario incompleto.
- ICAL, Instituto Correntino de Ayuda al Lisiado, en la ciudad Capital, cuenta con Servicio de Rehabilitación Integral para personas con discapacidad motora, niños y adultos y cuenta con el equipo interdisciplinario completo.
- Instituto para Ciegos “Valentín Haüy”, en la ciudad Capital, cuenta con Servicio de Rehabilitación Integral para ciegos y disminuidos visuales y con el equipo interdisciplinario completo.
- Hospital de Salud Mental “San Francisco de Asís”, cuenta con internación y Servicio de rehabilitación Integral para personas con discapacidad mental y el equipo interdisciplinario completo.
- Hospital Psiquiátrico “E. P. Ramírez”, en San Luis del Palmar, una ciudad distante a 20 Km. de la Capital provincial, cuenta con internación para personas con discapacidad mental y un equipo interdisciplinario incompleto.

Hemos recordado estos establecimientos públicos para demostrar lo que manifestamos que los escasos establecimientos públicos que atienden específicamente a personas con discapacidad se encuentran concentrados en la ciudad Capital.

En toda la provincia lo que si existen son Escuelas de Educación Especial, que se constituyen en muchos lugares, a pesar de sus escasos recursos de equipamiento y profesionales, en el centro de referencia de la atención de los niños con discapacidad, ocupando un rol primordial en la rehabilitación de estos niños por falta de otro tipo de oferta.

Servicios privados y ONG.

En cuanto a la oferta de servicios privados para personas con discapacidad, hay una gran variedad de ellos en toda la provincia pero estos presentan las siguientes características:

- La mayoría de las instituciones privadas no tienen categorización y por lo tanto no pueden trabajar bajo el régimen de prestaciones del Sistema Único.
- No tienen las instalaciones acordes a las Normas de Categorización.
- No poseen los equipos interdisciplinarios completos.
- Trabajan con las obras sociales y particularmente con la obra social provincial con aranceles reducidos.
- En toda la provincia hay solo 4 instituciones privadas Categorizadas, tres de las cuales están en la ciudad Capital.
- La modalidad prestacional esta concentrada en Estimulación Temprana, Centros de Rehabilitación, Centros Educativos Terapéuticos, Educación Especial.
- No hay Centros de Día, Hogares, Pequeños Hogares, Residencias, Internación en Rehabilitación, Formación Laboral y/o rehabilitación profesional.

Como hemos enunciado la oferta prestacional en el sector privado es mucha, con restringida modalidad prestacional y de baja calidad.

Un capítulo aparte merecen las ONG, que están distribuidas por todos los rincones del territorio provincial, la historia de cada una de ellas es similar, fueron creadas por una

necesidad real de la comunidad y muchas de ellas motivadas por situaciones personales como la de la existencia de un familiar con discapacidad.

Estas organizaciones se ocupan de cubrir la demanda que el sector público no atiende y que el sector privado no recibe.

En el ámbito de estas organizaciones encontramos las modalidades prestacionales que el sistema sanitario no ofrece como ser, Pequeños Hogares, Residencias, Centros de Día, Talleres Protegidos, por mencionar algunos.

Pero la realidad de estas organizaciones es que su rol es puramente solidario, juegan un papel muy importante en la sociedad porque no solo atienden como pueden los requerimientos de las personas con discapacidad sino que son verdaderos protagonistas de la contención familiar de estas personas.

La mayoría de ellas, por no decir todas se sostienen por la solidaridad de la comunidad y la caridad del Estado a través de magros subsidios.

El gran déficit que presentan muchas de ellas es la falta de organización institucional, entiéndase por ello la falta de personería jurídica, la falta de continuidad en sus Consejos Directivos y por ende el incumplimiento de sus obligaciones jurídicas como Asociaciones sin fines de lucro, como ser la realización de sus Asambleas Anuales de Memoria y Balance.

Esta situación de desventaja organizacional las sucumbe en la imposibilidad de acceder a mejoras institucionales a través de los recursos que el Estado Nacional pone a disposición de estas organizaciones.

Pero esta situación en la que se encuentran las ONG, no es solo culpa de ellas sino de un Estado ausente a través, en este caso de la falta de asesoramiento por parte del Consejo Provincial del Discapacitado de la provincia de Corrientes.

Aún así, en pleno siglo XXI, en la provincia de Corrientes, siguen siendo las instituciones de beneficencia, como la historia nos recuerda que fueron las pioneras en ocuparse de las personas con discapacidad, las que contienen a la población con discapacidad de la provincia que no encuentran en el sistema una solución a sus problemas.

3.6- Determinación de la cobertura mínima necesaria para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad en el ámbito público y privado de la provincia de Corrientes.

Se entiende por discapacidad la dificultad para desempeñar papeles y desarrollar actividades socialmente aceptadas, habituales para las personas de similar edad y condición, es decir, la discapacidad es la dificultad o la imposibilidad para llevar a cabo una función o un papel en un contexto social y en un entorno determinado. La discapacidad es la expresión de una limitación funcional, emocional o cognitiva en un contexto determinado. Es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas en parte por su salud) y las demandas del medio (físico, social, laboral). Se vincula más a la función social que a la función orgánica (a la que se asocian patología y deficiencia). Estas dificultades obligan a la persona que las sufre a utilizar dispositivos o bien, principalmente, a solicitar ayuda de otra persona para poder realizar esas actividades cotidianas.

Más que determinar una cobertura mínima necesaria para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad de la provincia de Corrientes, luego del análisis de los puntos anteriores se puede enunciar que la real necesidad de las personas con discapacidad no debe estar enfocada en una solución absolutamente médica y que justamente, el análisis que se debe hacer pasa por la situación de discapacidad de las personas en un contexto principalmente social.

La discapacidad no es únicamente un concepto médico, ni principalmente un problema de salud, sino sobre todo un problema social. La preferencia del modelo médico a la hora de afrontar la discapacidad desvía la atención de la compleja naturaleza del problema y, por tanto, de las soluciones al mismo. Éstas hay que buscarlas no únicamente en las raíces de los problemas de salud sino, sobre todo, en las circunstancias sociales, económicas y físicas del entorno que habita la persona con discapacidad.

En la actuación frente a la discapacidad se pueden delimitar tres etapas: la prevención, la intervención y la asistencia o intervención paliativa. La primera persigue evitar y retrasar la aparición de la discapacidad. La segunda pretende reconstruir la situación de "normalidad" previa, o disminuir el grado de severidad de la misma, una vez que ésta ya afecta al individuo. La tercera actúa frente a sus consecuencias; se trata de dar respuesta a las necesidades ya generadas por la situación de discapacidad.

En el ámbito de la prevención, la erradicación de algunos hábitos y costumbres nocivos, la educación para la salud, etc., muy influenciados por el entorno social del individuo, puede resultar en importantes ganancias en términos de salud y autonomía. A ello habría que añadir los resultados positivos que en términos de prevención tendría la mejora de algunas características socio-económicas que resultan muy determinantes de la autonomía de las personas con discapacidad, como los recursos culturales, económicos, o la fortaleza de las redes sociales.

En el ámbito de la intervención, a la actuación médica, farmacológica o quirúrgica sobre el organismo, habría que añadir intervenciones sobre un entorno físico y social menos exigente, más adaptado a la población con discapacidad de la provincia de Corrientes. Queda mucho por hacer respecto a adaptaciones en vías y transportes públicos y, muy especialmente, en los edificios y viviendas en las que residen las personas con discapacidad. Pero éstas no son las únicas adaptaciones necesarias; también las expectativas sociales deben adaptarse a las situaciones de fragilidad creciente propias de la discapacidad, es decir, también se requieren adaptaciones en las actividades que se esperan de estas personas.

En el ámbito de la asistencia, a la medicina paliativa se añaden los servicios sociales de respuesta a las situaciones de discapacidad. Una excesiva medicalización de la discapacidad puede resultar costosa para el sistema sanitario y no resuelve los verdaderos problemas de quienes la atraviesan. Cuando el modelo médico de atención enfatiza el tratamiento clínico y el manejo de las dificultades como enfermedades, estima que las soluciones están más dentro del individuo que de la sociedad, provocando un cierto desentendimiento de la responsabilidad social sobre la discapacidad.

En la provincia de Corrientes la discapacidad ha sido un problema gestionado desde la silenciosa esfera familiar, constituyendo de esta forma un problema de primera magnitud para los individuos y para sus familias, pero poco visible para la sociedad y los poderes públicos. Ello ha derivado en que la atención a la discapacidad, que debería ser un derecho similar al de la atención de la salud, está dominada por una

gran desigualdad, puesto que la atención recibida por las personas con discapacidad depende de las circunstancias y capacidades particulares de sus familias. A ello se han de añadir las graves consecuencias que para los familiares tiene la exclusividad de los cuidados, en términos de tiempo, especialmente femenino, de costos en relaciones, en actividades abandonadas, en oportunidades perdidas, incluso laborales, y también sobre su propia salud.

De esta forma, hasta ahora la discapacidad no ha sido un problema de la sociedad sino un problema de las familias. La familia seguirá siendo la unidad de referencia, y será un elemento de extraordinario valor como instrumento vehicular entre la atención y la persona con discapacidad, pero el objeto de protección debe ser el individuo, que en situación de especial vulnerabilidad tiene derecho a ser protegido por la sociedad en la que vive, tenga o no una familia, o sean cuales fueren las circunstancias de ésta.

Las personas con discapacidad y sus familias suelen llevar sus preocupaciones a la única red que conocen, la sanitaria, que les resulta cercana y en la que confían. La red sanitaria se ha convertido en el primer recurso, no familiar, con el que cuentan las personas con discapacidad frente a sus dificultades diarias. A esto ha contribuido la ausencia y/o la escasez de otras alternativas, su limitada capacidad para llegar a la población con discapacidad, que, en buena medida, no las conoce, las dificultades de los procedimientos y, especialmente, la falta de un verdadero modelo social de atención a la discapacidad. Las personas con discapacidad acuden a la red de salud en busca de ayuda ante los problemas que dificultan su vida diaria, aunque las respuestas que necesiten sean tanto sociales como sanitarias.

Ésta debe ser abordada necesariamente desde un modelo que integre la atención sanitaria y la social. La reivindicación sostenida de lo “socio-sanitario”, sumada a lo complejo y costoso de su implementación, y por lo tanto, a su prácticamente nula puesta en práctica, ha “gastado” el término en cierto modo sin prácticamente haberlo estrenado. Pero no por ello se ha de renunciar al fortalecimiento de unos servicios sociales que complementen a los servicios sanitarios existentes y extraordinariamente valiosos. Dicho fortalecimiento complementaría y reforzaría al mismo tiempo al sistema sanitario, pues lo descargaría de todos aquellos problemas derivados de cuestiones sociales que lo sobrecargan.

En la atención a la discapacidad, la familia ya se encuentra al máximo de su capacidad de cuidados. Conviene trasladar la responsabilidad de la atención a la discapacidad a la esfera pública, y la atención en mayor medida hacia la esfera social, basculando entre lo sanitario y lo social, y encontrando la forma de integrarlo en un sistema que las personas con discapacidad y sus familias conocen bien, sienten cercano, y confían en él. El planteamiento estatal del problema de la discapacidad debería abordar el traslado de la responsabilidad desde la familia a la comunidad, y de la atención desde lo médico a lo social.

4- RECOMENDACIONES

El recorrido sobre los puntos que componen este trabajo permite enunciar una conclusión previa basada que mas que determinar una cobertura mínima para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad de la provincia de Corrientes, es necesario enfocar esta situación, organizando una política publica integral y de inclusión que abarque todos los componentes de la discapacidad, considerando que las personas con discapacidad por sobre todas las cosas son ciudadanos y por lo tanto merecen ser integrados e incluidos en una sociedad.

En función de estas consideraciones a continuación se desarrolla una propuesta de Política de Salud en Discapacidad como un instrumento de recomendación del presente trabajo.

4.1- Política de Salud en Discapacidad.

Hay que consolidar una política de salud pública que permita construir una sociedad que, si bien considera la discapacidad como una situación que puede y debe prevenir, respete y reconozca las diferencias que de ella se derivan, logrando que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurren y estén comprometidos en promover y proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana.

Propósitos:

1. Promover un entorno saludable, hacer visibles los riesgos de discapacidad ante la población, para controlarlos y mitigar sus consecuencias en los hogares y las personas, en especial los más vulnerables.
2. Formular y adoptar las medidas necesarias para que las instituciones y organizaciones formales de la sociedad, sea su naturaleza pública o privada, incorporen en sus prácticas y comportamientos institucionales, la identificación y remoción de barreras que excluyen a las personas con discapacidad de la oportunidad de participar en las actividades que son propias a la misión institucional que a cada una de ellas le compete.
3. Mejorar la calidad y oportunidad de acceso de las personas con discapacidad y sus familias a servicios de habilitación y rehabilitación articulados en función del logro de autonomía en las actividades que son cotidianas a estas personas, de acuerdo con sus características personales y de su entorno cercano.

4.1.1- Componentes para una política de Salud en Discapacidad. Líneas de Acción.

Los componentes estratégicos para la intervención en discapacidad propuestos son: Promoción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad, Equiparación de Oportunidades y Habilitación / Rehabilitación, los cuales involucran a la sociedad, y por ende a sus diferentes estructuras organizativas e instituciones; de allí, que la integralidad requerida en su intervención, en cualquiera de sus componentes, necesite del concurso de la familia, la sociedad y el Estado para compartir responsabilidades en el logro de los objetivos y propósitos establecidos para el manejo de las situaciones relacionadas con la discapacidad.

La familia en su rol debería entregar herramientas necesarias para desenvolverse en un mundo bastante inhóspito para las personas con discapacidad, protegiendo pero no sobreprotegiendo, enseñando principios y valores para nunca claudicar en el objetivo de lograr una vida cotidiana más integrada.

A su vez la Sociedad con sus instituciones (escuela, universidad, trabajo, ONG's, medios de comunicación, etc.) debería considerar a las personas con discapacidad con sus particularidades haciendo accesible su desarrollo en la vida.

Por otro lado si el Estado garantiza que a la comunidad de las personas con discapacidad se les respeten sus derechos humanos y de ciudadano a través de políticas e institucionalidad bien orientadas colaborarían con una provincia más justa e integradora.

En definitiva, un buen tejido entre el triángulo Familia, Sociedad y Estado es fundamental para que las personas con discapacidad tengan reales oportunidades de integración ejerciendo sus derechos ciudadanos y cumpliendo cabalmente sus deberes, por ello se debe considerar estos factores como elementos esenciales para implementar políticas públicas en discapacidad.

De acuerdo con la nueva concepción, la situación de discapacidad es el resultado de las interacciones entre las condiciones individuales de la persona y las características del entorno físico y social; por lo tanto, se identificó para cada uno de los componentes de la política, el propósito y alcance para organizar la estrategia de intervención y la consiguiente articulación de las acciones desarrolladas por las entidades comprometidas de la Política en Discapacidad.

La identificación de los factores de riesgo a que está expuesta la población en general en cualquier momento del desarrollo de su ciclo vital, el desarrollo de los factores protectores para prevenir la incidencia de discapacidad, la remoción de obstáculos o barreras que impiden que las personas con discapacidad accedan a los beneficios institucionales y sociales, así como el mejoramiento de la autonomía de las personas con discapacidad, definen un ámbito de acción claramente delimitado pero relacionado entre sí para garantizar una intervención integral.

Teniendo en cuenta los componentes y según el propósito de la intervención, las acciones se deberían ejecutar por niveles fundamentales, con el objeto de evitar que se presente una condición de salud que conlleve a una situación de discapacidad, desfavorable al individuo, la familia y el entorno inmediato.

A- Componente de Prevención.

La intervención en Promoción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad trata de reducir la probabilidad de adquirir una condición de salud discapacitante, creando conciencia en la población de que la calidad de vida depende de las acciones que ellos hagan, así como a crear condiciones en el entorno para impedir que se produzca cualquier situación de discapacidad, es decir, hacia la construcción de entornos protectores en el hogar, el trabajo y en los espacios de la vida ciudadana; también incluye medidas tendientes a disminuir la posibilidad de empeorar la calidad de vida de la persona con discapacidad, actuando principalmente sobre la cultura y el entorno para desarrollar factores protectores y mitigar sus consecuencias, mediante mecanismos de intervención y control de factores de riesgo en el entorno y el desarrollo de canales y estrategias para la transformación cultural, que contribuyan a reducir el impacto de la discapacidad sobre las personas.

Su acción debe estar dirigida a la población en general, con énfasis en grupos expuestos a riesgos según los espacios de interacción y convivencia: escuela, hogar, trabajo. Se deben priorizar los niños, los jóvenes, los adolescentes y los trabajadores.

Para el desarrollo de este componente se proponen cuatro líneas estratégicas de acción:

a) Promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables.

Se deben establecer los contenidos y canales de información, comunicación y educación más apropiados para que los grupos poblacionales asuman estilos de vida saludables, en especial los mas expuestos a adquirir la condición de discapacidad, que les permitan identificar y modificar los factores y comportamientos que predisponen a ella y desarrollar aquellos identificados como protectores.

b) Identificación, prevención y control de riesgos.

Identificar e intervenir los factores de riesgo que inciden en la prevalencia de discapacidad, para aislar, controlar y reducir la consecuencia sobre las personas en los espacios cotidianos, tales como el trabajo, el hogar, la escuela, el espacio urbano, entre otros.

c) Promoción del acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos.

Divulgar sistemáticamente los signos de presencia de discapacidad, en especial en población infantil, a aquellos agentes comunitarios cuya labor los pone en contacto con los grupos poblacionales más susceptibles de adquirir la condición de discapacidad; simultáneamente, establecer mecanismos eficaces, de información, orientación e inducción a la demanda, que faciliten la intervención oportuna de la condición de discapacidad en las personas detectadas.

d) Fomento a procesos de participación ciudadana para la transformación cultural en torno a la discapacidad.

Incorporar contenidos que favorezcan una cultura de respeto a la diferencia y que, explícitamente, potencie la capacidad de interacción y aporte de las personas con discapacidad en las entidades y organizaciones comunitarias que inciden en el bienestar, la convivencia y la participación ciudadana.

B- Componente de equiparación de oportunidades.

Se orienta a reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad o a prevenir “los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales; se trata de una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales”, usando la definición de restricciones en la participación de la CIF.

Las acciones de este componente se dirigen prioritariamente a permitir la participación de las personas con discapacidad, en igualdad de oportunidades con los demás ciudadanos, en las actividades institucionales que preparan y fomentan la contribución plena de cada uno de los ciudadanos en la construcción de la sociedad. En consecuencia, las líneas estratégicas de acción son:

a) Eliminación de toda forma de exclusión y discriminación hacia las personas con discapacidad, por parte de las organizaciones sociales.

Establecer los canales y formas de comunicación que permitan a las organizaciones e instituciones sociales, que entran en contacto directo con el ciudadano (tales como supermercados, juzgados, centros de salud, recreativos, turísticos y culturales, entre otros), adopten en sus reglamentos y prácticas institucionales, medidas que eliminen explícitamente la discriminación y promuevan el acceso de las personas con discapacidad a los servicios que cada uno de ellos ofrece a la ciudadanía en general.

b) Acceso, permanencia y promoción en educación.

Generar las condiciones de cobertura, calidad y eficiencia para que las personas con discapacidad tengan las garantías de acceso, permanencia y promoción dentro del servicio educativo al mismo tiempo que se identifican y se remueven las barreras que lo impiden.

c) Promoción de los derechos laborales y el trabajo de personas con discapacidad y sus familias.

Definir y aplicar mecanismos e instrumentos que incentiven la participación productiva, tanto de las personas con discapacidad como de los otros miembros del hogar, en los programas diseñados para la promoción, generación y protección del trabajo; de tal manera que se compense la desventaja familiar, producida por la condición de discapacidad, en la oportunidad de acceso al entorno productivo.

d) Construcción y acondicionamiento de viviendas, edificios, espacios y transporte de uso público con parámetros de accesibilidad.

Promover la difusión, aplicación seguimiento y ajuste de la normativa existente, dando prioridad a la eliminación de barreras físicas en terminales, estaciones, transporte público, establecimientos educativos y de salud, entidades de uso público prestadoras de servicios, escenarios deportivos, parques y zonas recreativas de uso público y, especialmente viviendas de interés social, a fin de facilitar el acceso y uso de estos espacios a las personas con discapacidad.

e) Acceso a la información, la comunicación para las personas con discapacidad.

Promover el desarrollo, adaptación e implementación de tecnologías y medios que posibiliten a las personas con discapacidad, el acceso a la comunicación y la información, y propicien su activa participación en el entorno social.

f) Participación y fomento de la actividad en recreación, deporte, cultura, turismo de la población en situación de discapacidad.

Promover e implementar programas y actividades que posibiliten y mejorar la participación activa en deporte, recreación, educación física y utilización del tiempo libre de las personas con discapacidad y generar la eliminación de barreras físicas en escenarios deportivos, parques y zonas recreativas de uso público.

C. Componente de Habilitación /Rehabilitación.

La Habilitación y Rehabilitación, agrupan el conjunto de tecnologías, acciones y procedimientos, realizados con las personas, sus familias y comunidades, que buscan eliminar o disminuir las limitaciones en la actividad de la vida diaria.

Las acciones que se desarrollan en este componente se dirigen a fortalecer la capacidad de los servicios y de las comunidades, diferenciados según las exigencias de los procesos de habilitación o rehabilitación, para articularlos e intervenir efectiva y oportunamente en la situación de discapacidad. Se debe entregar prioridad a la organización y fortalecimiento de redes de servicios en el marco de la Red General de servicios, a definición de la oferta, a promover y brindar asistencia técnica para la acreditación de servicios, a la estandarización y aplicación de instrumentos de

valoración y procedimientos, la incorporación de metodologías con participación comunitaria y el suministro de ayudas técnicas y tecnológicas que, en su intervención conjunta, mejoren la capacidad de desempeño autónomo de las personas con discapacidad en el hogar y en su entorno cotidiano.

Las líneas estratégicas de acción propuestas para la intervención en este componente son:

a) Red de servicios de Habilitación.

Articular la prestación de servicios integrales de habilitación dirigidos a minimizar el impacto de la condición de discapacidad en población de menores, o cuando es adquirida durante los períodos de desarrollo; identificar formas de organización, procedimientos y Metodologías eficaces para evitar la instauración de discapacidades que impidan su integración social y la ubicación en la vida productiva.

La complejidad que implica la articulación de competencias y recursos entre los sectores de salud y educación, con grados de descentralización y estructuras institucionales disímiles, dificulta aún más la atención de niños con una condición de discapacidad adquirida durante los períodos de desarrollo.

Si es evidente la fragmentación de los servicios de habilitación bajo un modelo médico, la situación empeora cuando los servicios de rehabilitación tratan de integrarse con un modelo educativo que, a su vez, privilegia el papel del docente hasta prácticamente excluir otras disciplinas de la organización de la escuela.

El resultado de esta colisión de competencias no puede ser otro que el alarmante nivel de educación precaria entre la población con discapacidad y la débil capacidad de autonomía de los niños, con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad al maltrato y el abandono.

b) Red de servicios de Rehabilitación.

Identificar formas de organización, articulación y canalización entre los diferentes niveles de competencia. Promover y asistir técnicamente en el marco del sistema de protección social, la acreditación de los servicios de rehabilitación.

El modelo para atender la discapacidad en la Provincia de Corrientes no ha incorporado en su organización las diferencias entre enfermedad y discapacidad, ni siquiera en la forma de registro de la condición de discapacidad en las estadísticas de salud y, menos aún, en el establecimiento de procedimientos que privilegien el logro de autonomía de la persona sobre el tratamiento puntual de un órgano o función.

Como consecuencia lógica, las intervenciones relacionadas con rehabilitación se prestan de forma fragmentada e incompleta, sin incluir a la familia y la comunidad en el proceso y considerablemente concentradas en procedimientos aislados que tratan el déficit en funciones y estructuras corporales, relacionados más con el diagnóstico que con la discapacidad.

En estas condiciones la provincia desconoce hoy en día la oferta de servicios de rehabilitación, tanto en términos de cobertura como de impacto, oportunidad y calidad; aunque se presume baja para todas las características, con el agravante de la atomización de recursos que origina un alto costo cuyo monto tampoco ha sido examinado.

c) Promoción y desarrollo de Ayudas técnicas y tecnológicas.

Ampliar el acceso de las personas con discapacidad, al uso de ayudas técnicas y tecnológicas que mejoren su desempeño autónomo en el hogar, la escuela, el trabajo y, en general, en los espacios de vida ciudadana.

Finalmente, como dinámica de gestión se espera que una diversidad de actores en el nivel local, incorpore la concepción moderna de discapacidad en la ejecución cotidiana de las acciones que le son propias.

En particular para los servicios sociales se propone hacer realidad el tránsito desde la oferta a una respuesta por demanda, cambiar una gestión centrada en entrega de suministros por una dirigida a desarrollar capacidades.

Esto significa que los servicios sociales serán exitosos si son capaces de contribuir a la formación de personas y grupos que se conciben a sí mismos como sujetos de derechos, es decir, capaces de aportar, desde sus experiencias y vivencias cotidianas, a la toma de decisiones sobre sus condiciones de vida, como miembro de familia y como población.

Por lo aquí expuesto debemos considerar que más que determinar una cobertura mínima necesaria para la atención de la salud y rehabilitación integral de las personas con discapacidad en el ámbito público y privado de la provincia de Corrientes, es necesario en el marco de una Política de Salud Pública Provincial elaborar un Plan Sectorial de Salud que comprenda dentro de su estructura programas específicos.

4.1.2- El Plan Sectorial de Salud.

En el presente plan se pretenderá adecuar los Servicios Sanitarios y Sociosanitarios de modo que den respuesta correcta a las necesidades de las personas con discapacidad o en riesgo de padecerla, incluyendo, además, los problemas como el envejecimiento y la salud mental, reconociendo explícitamente la importancia de la colaboración entre organismos y agentes implicados, así como posibilitando a los propios usuarios de los servicios una participación activa, en la medida de sus posibilidades, en el proceso de toma de decisiones que afectan a su problemática.

Su estructura a su vez estará centrada en cuatro programas operativos que tienen las siguientes finalidades:

- **1. Programa de prevención de las discapacidades.**

Objetivo principal: Reducir la incidencia y retrasar la presencia de la discapacidad.

- **2. Programa de atención sanitaria a las personas con discapacidad.**

Objetivo principal: Garantizar una atención sanitaria de calidad a las personas con discapacidad.

- **3. Programa de rehabilitación de las personas con discapacidad.**

Objetivo principal: Desarrollar un proceso rehabilitador precoz, integral y continuo en el entorno natural de la persona.

- **4. Programa de apoyo individual y a la familia.**

Objetivo principal: Evitar la ruptura de los lazos afectivos.

Este Plan Sectorial de Salud debe ser elaborado a fin de integrar el componente médico de la rehabilitación a los programas de salud vigentes en la provincia de Corrientes, poniendo énfasis en la importancia de la estrategia de atención primaria para disminuir el desplazamiento de pacientes desde el primer nivel a los niveles más complejos y para realizar detección precoz de la discapacidad, resolución de la misma cuando sea posible o la derivación a los niveles de alta complejidad.

Basándonos en el marco normativo (Ley 22.431, 24.901, OPS., CIDDyM, CIF, etc.) y las experiencias desarrolladas en otras provincias de nuestro país (Programa Provincial de Rehabilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, año 1994), a continuación se detalla el aspecto operativo del plan para su implementación.

Para su implementación se deberá:

1. Contar con un instrumento legal, el mismo debe indicar el grado de compromiso que el área de salud de la provincia asume, así como las políticas y estrategias que se van a instrumentar.
2. Planificar las acciones, buscando un desarrollo ordenado puntualizado y concreto, para que el Plan sea aceptado y acordado con todos los niveles de ejecución y pueda cumplir sus objetivos.
3. Articular coherentemente con la estructura de los distintos Sectores involucrados en el proceso de rehabilitación (dentro del territorio provincial).
4. Modificar algunos esquemas de trabajo que se han institucionalizado por mucho tiempo en el sector de salud.
5. Este plan supone un sistema de salud articulado según complejidad creciente, pero a la vez supervisado y articulado horizontalmente por la participación de los demás sectores (educación, desarrollo social, trabajo, etc.) y con un control por parte de la comunidad (control social).

1. Programa de prevención de las discapacidades.

Objetivo General

Disminuir la aparición de deficiencias físicas, mentales y sensoriales en todas las etapas de la vida y disminuir el impacto de la discapacidad.

Objetivo Específico

1. Incorporar en los programas de prevención de la salud de la provincia la temática de la discapacidad.

(La prevención de la discapacidad no requiere el desarrollo de servicios separados ni de profesionales específicos).

Acciones

Articular con los diferentes programas de prevención (Ministerios y/o Secretarías de Salud, Desarrollo Social, Educación y Trabajo, etc.)

2. Programa de atención sanitaria a las personas con discapacidad.

Objetivos Generales

Garantizar la atención sanitaria desde la atención primaria a las personas con discapacidad o con riesgo de padecerla.

Garantizar la atención sanitaria especializada a las personas con discapacidad.

Objetivos Específicos

1. Capacitación de recursos humanos no convencionales (personas de la comunidad) y convencionales (agentes sanitarios, personal de enfermería y docentes) para la detección y acción dentro del marco de la Estrategia de la Rehabilitación con Base Comunitaria. (Primer nivel de Atención).

2. Capacitación del personal medico del primer nivel de atención, en atención básica de rehabilitación y en estrategias de Rehabilitación con Base en la Comunidad.

3. Implementar la creación de Unidades Básicas de Rehabilitación como Segundo Nivel de Atención, para la supervisión del primer nivel de atención y la atención de personas con discapacidad.

4. Establecer la coordinación operativa de la atención primaria con los distintos niveles de atención de salud (red de complejidad creciente).

5. Establecer la coordinación operativa para la atención con los servicios sociales, ONG y el sistema educativo.

Acciones

1. Taller de capacitación para la implementación de la estrategia de RBC.

2. Curso de capacitación modular para médicos generales en la atención de las personas con discapacidad.

3. Puesta en funcionamiento de las Unidades Básicas de Rehabilitación (médico capacitado en discapacidad y profesionales no médicos del área rehabilitación existentes).

4. Información cruzada de acciones y de recursos.

3. Programa de Rehabilitación.

Objetivos Generales

Asegurar en todos los casos un proceso de rehabilitación integral, integrado y continuado.

Asegurar el equipamiento ortésico y protésico de la población con discapacidad.

Objetivos Específicos

1. Creación de por lo menos una Unidad de Rehabilitación cada 100.000 habitantes (Tercer Nivel de Atención) Recursos humanos necesarios: Medico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Terapista Ocupacional, Fonoaudiologa, Kinesiólogo o Terapista Físico, Psicólogo, Psicopedagogo, Enfermería especializada, Ortesista Protesista.

2. Asegurar la coordinación entre los diferentes niveles sanitarios y especialmente la de éstos con los servicios sociales y el sistema educativo para garantizar las intervenciones necesarias en los procesos de rehabilitación.
3. Lograr que la información sobre acceso y prestaciones de los servicios relacionados con el proceso de integración lleguen a la comunidad
4. Fomentar la colaboración de las organizaciones de personas con discapacidad y de otras organizaciones comunitarias en el proceso de rehabilitación.
5. Implementar estrategias de tecnología simplificada.
6. Creación de un taller provincial de ortesis y prótesis.

Acciones

1. Realización de talleres de concientización con autoridades de nivel central y zonal.
2. La mayoría de los recursos humanos necesarios ya se encuentran en el sistema de salud sin embargo será necesario contratar o adscribir con horas para sus funciones en el servicio o bien será indispensable la contratación o adscripción de un Medico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
3. Diseño y puesta en marcha de un sistema de referencia y contra referencia.
4. Difusión de la red de atención.
5. Transferencia de tecnología simplificada a escuelas técnicas.
6. Creación de un taller provincial de órtesis y prótesis.

4. Programa de apoyo individual y a la familia.

Objetivo General

Promover la atención en el medio familiar y el apoyo a la familia.

Objetivos Específicos

1. Capacitación del grupo familiar.
2. Promover la utilización de recursos capacitados no convencionales.

Acciones

1. Implementación de "clínica de familia".
2. Proporcionar ayuda domiciliaria a las familias, desarrollando programas de apoyo individualizados (Cuidadores Domiciliarios).
3. Proporcionar servicios de "respiro" a las familias (alojamientos temporales, centros de día, etc.).

5. CONCLUSIONES

En este trabajo se analizó la Cobertura de Salud y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad de la Provincia de Corrientes, tomando como base central del análisis los datos que aportó la ENDI, la recopilación de datos aislados de los servicios de salud y rehabilitación en la provincia, recogidos a lo largo de 8 años de Gestión en Discapacidad, y se los comparó con experiencias nacionales e internacionales sobre la temática, aplicando conceptos estratégicos adquiridos en el cursado de esta Especialización.

Como punto de partida de la conclusión de este trabajo se debe considerar que la persona con discapacidad, como cualquier ser humano, es un sujeto de derechos, por lo que debemos desarrollar la cultura del reconocimiento del otro, sin importar las diferencias existentes entre nosotros y desde aquí promover la equidad como la igualdad de oportunidad a partir de la inclusión.

Los objetivos que aquí se plantearon se construyeron sobre la base de reconocer, en primer lugar, que se puede y se debe prevenir, se incluyó conceptos de respeto y aceptación, se incluyó el entorno de la persona con discapacidad y el Estado como actores relevantes en desarrollar sus máximas potencialidades.

Se definieron tres componentes básicos, uno de ellos es la Prevención, la discapacidad se adquiere en ocasiones por el comportamiento humano, sea por accidentes, guerras, experiencias traumáticas y/o medio ambiente, al lograr visibilizar y socializar los riesgos y efectos se pretende contener las consecuencias del comportamiento humano en la generación de adquirir una condición de salud discapacitante.

Se planteó como segundo componente la Equiparación de Oportunidades, basándonos en la “normalización” hacia la “inclusión”, este componente tiene sus raíces en la inclusión, porque no trata de que la persona con discapacidad se sostenga tratando de “ser igual al resto” sino valiéndose de sus diferencias y capacidades pueda competir con las mismas oportunidades en la sociedad moderna de hoy.

Y por último, el tercer componente y eje central de este trabajo, la Habilitación y Rehabilitación orientado a eliminar o disminuir las barreras que limitan la actividad cotidiana de una persona con discapacidad, utilizando como plataforma distintas redes, tecnologías, sistemas de información, que nos llevo a plantear la alternativa de un Plan Sectorial de Salud para las Personas con Discapacidad en la Provincia de Corrientes.

En resumen, se intento establecer un patrón común, con una propuesta sistemática, donde se entrelazan distintos ámbitos y componentes de políticas públicas que tienen una conceptualización, visión y objetivos en común, más allá desde donde se desarrolle y ejecute.

Finalmente, a través de este trabajo se quiere incentivar la innovación en los modelos de intervención en discapacidad e invitar al desarrollo creciente de una mirada atenta a la diversidad pretendiendo una provincia que incluya las diferencias y excluya las desigualdades.

Según el análisis de este trabajo las personas con discapacidad en la Provincia de Corrientes, acceden escasamente a rehabilitación y prestaciones de salud general que

les permitan incrementar de manera sustantiva sus posibilidades de inserción en una sociedad competitiva y que por cierto, discrimina o segrega.

El acceder a terapias o programas de rehabilitación, cual sea la discapacidad y el grado de esta, será fundamental para las posibilidades de desarrollo de las personas en el momento del ciclo vital en el que se encuentren.

Sin duda que intervenciones tempranas serán siempre mejores que acciones postreras o compensatorias una vez ya instaladas deformaciones, daños irreversibles o aislamiento social, que conllevan a una baja autonomía personal y una consecuente pérdida de ciudadanía y ejercicio de sus derechos.

El escaso acceso de las personas con discapacidad a la rehabilitación, y en particular en zonas suburbanas y rurales de la Provincia de Corrientes, desafía a buscar las formas de incluir a este importante segmento de la población de manera transversal en las políticas de salud, como piso mínimo para acceder a otras "inclusiones" como la educativa, cultural, deportiva y laboral entre otras.

La oferta histórica de rehabilitación se ha orientado a la niñez y la juventud, sin embargo, el desafío mayor hoy en día está en el mundo adulto y la adultez mayor, como así mismo en la prevención primaria y secundaria de la discapacidad a nivel de estrategias de prevención de accidentes de todo tipo y el prevenir la emergencia y desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los sistemas de salud deben responder no sólo a la urgente necesidad de prevenir nuevas discapacidades, a través de la prevención, la detección precoz y la estimulación temprana; sino que además generar dispositivos de rehabilitación capaces de responder a la complejidad y diversidad de problemas de salud y discapacidad que limitan las actividades y restringen la participación de miles de correntinas y correntinos.

Los desafíos son por lo tanto, enormes y será tarea de los diversos organismos tanto públicos como privados el dar cuenta de ellos en los próximos años y poder reducir las brechas que aún existen en este ámbito en la Provincia de Corrientes.

6. BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes. Archivos del Departamento de Estadísticas. Corrientes, Argentina. 2010.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Casado Pérez, D. "Panorámica de la discapacidad". Barcelona, España. INTRESS. 1991.
- Ley 23.678, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Argentina. 2.008.
- Constitución Nacional de la República Argentina.
- Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Región NEA. Argentina. Noviembre 2008.
- Documento de la Conferencia de Alma-Ata, 1978.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de factores de riesgo. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- FUNDACION PAR. La Discapacidad en Argentina: un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Buenos Aires, Argentina. 2006.
- FONADIS – INE. Gobierno de Chile. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Chile. 2004.
- INDEC. CONADIS. La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI). Buenos Aires, Argentina. 2005.
- Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados y sus normas. Argentina. 1981.
- Ley 24.901. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad y sus normas. Argentina. 1997.
- Ley 4.478. Régimen de Protección Integral para Personas Discapacitadas. Corrientes, Argentina. 1990.
- Organización Mundial de la Salud, IMSERSO. "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías", Madrid, España. 1997.
- Organización Mundial de la Salud, IMSERSO, OMS y OPS. "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud". Madrid, España. 2001.
- María de los Ángeles Domínguez. PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina. 2004.

- Presidencia de la Nación. Comisión Nacional Asesora para la Integración de personas discapacitadas. Política Integral de Acción para personas con discapacidad 2004-2007. Resolución CNAIPD N° 39/04. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Argentina. 2004.
- Presidencia de Colombia, Red de Solidaridad Social. Lineamientos Técnicos para el desarrollo de procesos de Fortalecimiento Institucional en Discapacidad. Colombia. 2002.
- Dra. Soledad Schilling. Programa Provincial de Rehabilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, (R.M. 1970/94 y 2449/94). Buenos Aires, Argentina. 1994.