

II JORNADA TÉCNICA
DE TRABAJO SOCIAL
EN SALUD

**ACTUALIZACIÓN
SOBRE SERVICIOS
Y PRESTACIONES
EN RELACIÓN
A NECESIDADES
DE SALUD**

Foto: Jaime Esparrach



FORO ACTIVO DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD

Miércoles, 8 de febrero de 2017
De 9 a 13:30 h y de 16:30 a 19:30 h
Centro Cívico La Almozara
Avda. Puerta de Sancho, 30. Zaragoza

Inscripción

Gratuita y obligatoria enviando un email a:
aragon@cgtrabajosocial.es
(Nombre y apellidos, cargo, institución,
teléfono, email).

Plazas: Hasta completar aforo. Se dará
prioridad a colegiados.

Certificación

Se certificará la asistencia.

organiza



colabora



Objetivos:

1. Contribuir a la actualización y formación permanente de los/las Trabajadores-as sociales en materia de servicios, medidas y prestaciones relacionadas con las necesidades de salud.
2. Facilitar el intercambio de conocimientos y la mejora de la intervención social.

Destinatarios/as:

Profesionales del Trabajo social sanitario y de la salud.

Profesionales del Trabajo Social interesados en estas materias del ámbito de los Servicios sociales, la acción social, etc.

Estudiantes del Grado universitario de Trabajo Social en Aragón.

PROGRAMA

9:00 h. ACOGIDA Y ACREDITACIÓN

9:10 h. INAUGURACIÓN

D. Javier Marión Buen. Director gerente del SALUD.

D. Javier Escartín Sesé. Presidente del Colegio profesional de Trabajo Social.

Dña. Consuelo Pardo Pardo. Vocal de T. Social y Salud.

9:15 h. MESA DE SALUD

Programa del paciente crónico complejo.

Dña. Carolina Mendi Metola. Directora médica de Atención Primaria. Sector I. SALUD.

9:45 h MESA SOBRE DISCAPACIDAD

Actualización técnica en materia de discapacidad.

D. Francisco Eguinoa Zaborras. Jefe de sección de Atención temprana. IASS.

10:30 h. PAUSA - CAFÉ

11:00 h. MESA SOBRE DEPENDENCIA

Actualización técnica en materia de atención a la dependencia.

Dña. Laura Velasco García. Jefa de sección de Atención a la dependencia y T. Social. IASS.

Dña. Pilar Anadón Lapeña. Asesora técnica. T. Social. IASS.

D. David Sanz Remacha. T. Social. CMSS La Magdalena. Ayto. Zaragoza.

13:00 h MESA DE EMPLEO Y DISCAPACIDAD

Medidas de fomento del empleo para personas con discapacidad.

D. Recaredo García Gaspar. Jefe del servicio de Promoción de empleo. INAEM.

13:30 h. FIN DE LA SESIÓN MATINAL

16:30 h. MESA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Relación SALUD-INSS-Mutuas-Empresas en incapacidad temporal y/o invalidez.

Dña. M.ª Fernanda Pérez Gurpegui. Inspectora médica. SALUD.

Información sobre determinadas prestaciones del INSS.

D. Javier Frías Jarque. Subdirector provincial de Incapacidad permanente. INSS.

18:00 h. PAUSA

18:15 h. MESA DE INCAPACITACIÓN Y TUTELAS

Actualización social y legal sobre personas con la capacidad modificada judicialmente.

Dña. María Peña Calvo. Abogada. Servicios jurídicos. IASS.

Dña. Pilar Pedrós Fraga. Trabajadora social. Sección Tutela de adultos. IASS.

19:15 h. CLAUSURA DE LA JORNADA

Cada mesa contará con coloquio y será presentada por la vocalía.

FORO ACTIVO DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD.

Año 2018

- - **30 de enero.** Revisión contenidos jornada técnica salud. DISCAPACIDAD. Ponente: Yolanda López
-
- - **27 de febrero.** Revisión contenidos jornada técnica salud. EMPLEO Y DISCAPACIDAD. Ponente: Susana Millastre
-
- - **27 de marzo.** RECURSOS Y CAMPO DE ACTUACION DEL TS EN EL AMBITO LABORAL Y FORMATIVO PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Ponente: Aranzazu Rodríguez
-
- - **24 de abril.** Revisión contenido jornada técnica de salud. DEPENDENCIA. Ponente: Maite Ostariz, Azucena Hernández y Carolina García
-
- - **29 de mayo.** Revisión contenido jornada técnica de salud. INCAPACIDAD JURIDICA Y TUTELAS. Ponentes: Chelo Pardo y Susana Millastre
-
- - **26 de junio.** Revisión contenido jornada técnica de salud. SEGURIDAD SOCIAL, INVALIDEZ. Ponentes: Chelo Pardo y Susana Millastre

Inscripciones en aragon@cgtrabajosocial.es

Se emitirá certificado a las personas que acudan a todos los foros, según el Convenio de colaboración con el IASS N° de Registro 2017/5/0003.

Revisión contenidos jornada
técnica salud.
DISCAPACIDAD.

**Repaso: Yolanda López Felipe
30 de enero de 2018**

- *Actualización técnica en materia de discapacidad.*

Francisco Eguinoa Zaborras.

Jefe de Sección de Coordinación de
Prestaciones para la Discapacidad.

IASS

Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales

Aragón: Cuantificación de las personas con discapacidad

Base de datos IASS.

6 % Base de datos IASS

9 % a nivel nacional

- Poca población en relación al total nacional.**
- Población envejecida. Escaso crecimiento natural.**
- Importancia de la población emigrante**
- Baja densidad: 28,52 hab/km²**
- Distribución territorial muy desigual**

Encuesta EDAD (2008). Última Encuesta publicada

Centros Base IASS

Con la nueva denominación dada por el **Decreto 173/2016, de 22 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueban los Estatutos del IASS** desaparece como tal la denominación de **Centros Base**, denominándose Centros de Atención a la Discapacidad

-Realizan el reconocimiento, diagnóstico, valoración, orientación y tratamiento de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

-Constituyen el ámbito físico y/o funcional especializado para la actuación de los equipos multiprofesionales de los servicios sociales públicos (EVOs) hacia las personas con discapacidad

Centros Base IASS

ZARAGOZA

CENTRO BASE 1.

C/ Santa Teresa, 19.

Programa Atención Temprana Valoración discapacidad

Valoración Dependencia 0 – 3 años.

CENTRO BASE 2.

C/ Poeta Luis Cernuda s/n.

Valoración discapacidad

HUESCA.

CENTRO BASE. C/ Joaquín Costa, 28

Programa Atención Temprana

Valoración discapacidad

Valoración Dependencia 0 – 3 años.

TERUEL.

CENTRO BASE. Avda.. Sáenz Gadea, 2.

Programa Atención Temprana

Valoración discapacidad

Valoración Dependencia 0 – 3 años.

Los Centros Base y la valoración de las personas:

1. Valoración Atención Temprana (0 – 6 años).

Orden de 20 de enero de 2003 que regula el programa de AT para Aragón. Aspecto preventivo.

2. R.D.1971/1999 Grado Discapacidad

3. Orden 15 mayo 2007 del Dpto. Servicios Sociales

Situación de Dependencia (0 – 3 años) (EVE)

EN TORNO A LA DENOMINADA “ATENCIÓN POST TEMPRANA”

En este momento no es una prioridad este Plan de atención dirigido a menores de edades comprendidas entre los 6 - 12 años para continuar atendiéndolos de forma similar a como se hace desde el programa de Atención Temprana.

Denominado también “Habilitación Funcional” o Programa de Atención a la Infancia.

El Catálogo de Servicios Sociales de Aragón no contempla este servicio.

Necesidad de refuerzo de los servicios de apoyo educativo.

Estos menores que precisen apoyo y dispongan de valoración de situación de dependencia perciben la prestación económica de cuidados del entorno familiar.

ATENCIÓN TEMPRANA: Modelo organizativo

1. **Continuidad** respecto a la estructura de gestión previa de los Servicios Sociales en Aragón.

2. **Equipos de Valoración centralizados** ubicados en los Centros Base del I.A.S.S.

3. **Red Asistencial: Centros de Atención**

Temprana propios del I.A.S.S. Centros

Base y centros externos contratados.

CIRCUITO ASISTENCIAL

1. DERIVACION AL NIÑO (FAMILIA) AL CENTRO BASE.

2. VALORACION: DICTAMEN DE INCLUSION /NO INCLUSION
SUPERACIÓN DE LA NECESIDAD DEL RECONOCIMIENTO DEL
GRADO DEDISCAPACIDAD COMO FORMA DE INCLUSION EN EL
PROGRAMA DE ATENCION TEMPRANA.

PROTOCOLO DETECCION PRECOZ (ANEXO I)
CRITERIOS DIAGNOSTICO: CIE – 10 (ANEXO II)
DIAGNOSTICO FUNCIONAL
DIAGNOSTICO CAUSAL

3. COLABORACION/ DERIVACION ENTRE INSTITUCIONES
IMPORTANCIA DE COMPARTIR INFORMES E INFORMACION.

4. AREAS DE ACTUACION: NIÑO. FAMILIA. ESCUELA. ENTORNO

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA: CIRCUITO ASISTENCIAL PREVISTO

**5. EJECUCION PROGRAMA INDIVIDUALIZADO:
CENTRO BASE/CENTROS Y SERVICIOS EDUCATIVOS
ENTIDADES CONTRATADAS (ANEXO III)**

6. SEGUIMIENTO DESDE EL CENTRO BASE DEL PROGRAMA DISEÑADO. (ANEXO IV)

Necesidad de Documentación y Soporte Informático.

¿ Apertura del aplicativo informático a pediatría, USMIJ.....?

7. COORDINACION DE LAS ACTUACIONES.

RESPONSABILIDAD I.A.S.S.: CENTROS BASE

DEPARTAMENTO DE CIUDADANIA Y DERECHOS SOCIALES

Situación del Programa de Atención Temprana **(0 a 6 años)**

La realidad asistencial actual:

- Mayor demanda de atención. En estos **seis últimos años** se ha **doblado** la demanda de solicitudes de valoración **cuando las tasas de natalidad descienden**.
 - Se **detecta un aumento de la gravedad** de los casos valorados y la incertidumbre de su evolución.
 - Necesidad de mantener la atención durante mucho tiempo**.
 - Riesgo de **pérdida de calidad asistencial (Cartas de servicios)**
 - Mayor **demanda desde las entidades locales y comarcales en prestar esta** atención en igualdad de condiciones que en el entorno urbano.
 - Necesidad de establecer alianzas en el territorio: locales, transporte...
 - Mayores **demandas de las familias**. “**Los tratamientos no los pueden hacer otros**”.
- Los familiares no pueden llevar el peso de la intervención.***

La realidad asistencial actual:

Edad de inicio de la atención cada vez más precoz, sobre los 30 meses cuando en 2003 la media eran los 40 meses.

Permanencia en los Centros de Tratamiento.

Al principio de la puesta en marcha de programa sobre los 12/18 m. ahora más de 3 años.

Derivación: colegios y ahora pediatría.

Muchas variedad de los perfiles diagnósticos: **CDIATs son centros de tipo generalista**

La realidad asistencial actual:

Están disminuyendo las “discapacidades tradicionales”: anomalías congénitas (Síndrome de Down, Espina Bífida, etc.) dado el aumento de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo.

Existe cada vez mayor preocupación por los niños con **“Retrasos del Desarrollo”** problemas emocionales, y **comportamentales, dado sobre todo el impacto cada vez mayor de los diagnósticos de TDAH.**

Pluralidad sociocultural actual. El 16 % de los nacimientos actuales proceden de madres de otros países.

La realidad asistencial actual:

Tener en cuenta el “**riesgo social**”. Hijos de padres con enfermedad mental o discapacidad intelectual.

Mayor número de niños prematuros. Han aumentado de las **tasas** de supervivencia dada la mejora a nivel de cuidados de salud y nuevas prácticas.

Asociaciones de madres, mejoras en las coordinaciones entre profesionales.

Mayor atención a las “**enfermedades raras**” o de **baja incidencia**, pero que conllevan grave discapacidad. Se están descubriendo síndromes que antes no se conocían.

T.E.A. (1/700/1000 niños, dado el aumento de prevalencia y mayor detección de este trastorno).

Previsiones de menores que van a solicitarlos servicios de Atención Temprana partiendo de la Encuesta EDAD (2008).

¿Podemos planificar con antelación estas necesidades?

7,5 % de la población infantil de 0 – 6 años

2,5 % Población con discapacidad permanente

2,5 %. Población con trastornos leves o transitorios

2,5 %. Niños en situación de riesgo biológico, social o psicológico.

Ejemplo: Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco

“Los datos indican que estas alteraciones constituyen un riesgo o pueden llegar a producir trastornos en el desarrollo en **alrededor de un 10% de los niños y niñas en el intervalo de edad 0 a 6 años. Se trata pues de un problema de gran magnitud y trascendencia social.**

Datos gestión asistencial AT 2015 y 2016

Solicitudes presentadas **2006:** 501

Solicitudes presentadas **2016:** 1.116

En **2016:** 675 niños nuevos han iniciado programa, abandonando 612 niños

Actualmente 1.820 niños en tratamiento.

A fin de **2012:** 1200 niños.

De 2015 a 2016: 14% incremento. Zaragoza asume 1.560 niños. Zaragoza representa: 82 % atención, Huesca el 11 % y Teruel el 7 %.

Sanidad sigue creciendo en la derivación: 67 % de los casos.

Educación se mantiene en cifras: 31 % de los casos.

El servicio más solicitado es el de logopedia (30 %), seguido de Psicomotricidad (25 %) y Psicoterapia (25%). Estimulación Precoz (15%)

-Un 25 % dispone de valoración grado de discapacidad y un 9,25 % de los niños de 0 a 6 años ha sido valorado desde dependencia.

-Un 75 % de los menores atendidos carece de valoración de grado de discapacidad

¿Toda la derivación de niños con problemas debe ser realizada al programa de Atención Temprana dada su creciente especialización y alta profesionalidad?

¿La red escolar está dando respuesta concreta a las necesidades de educación inclusiva?.

Pendientes de conocer el Borrador del nuevo Decreto de Educación Inclusiva

Sabemos que si el niño no está motivado y si no practica en su entorno natural actividades significativas, no integra lo trabajado. Demasiadas intervenciones entre servicios generan escasa participación en las sesiones de trabajo de los Centros de Atención Temprana dando por resultado un escaso aprendizaje

¿La red sanitaria (USMIJ) está dando respuesta concreta a las necesidades asistenciales de los menores?. **Pendientes de conocer el Borrador del nuevo Plan de Salud Mental de Aragón.**

Planteamiento: ¿Seguir desarrollando CDIATs o replantar la intervención hacia la atención domiciliaria?

Intervenciones centradas en el entorno natural: Programas domiciliarios basados en actividades diarias.

Las oportunidades de **interacción y aprendizaje que ofrecen las actividades que la familia** realiza en su día a día, en el colegio y en otros contextos son la base de este enfoque.

Postura de Robin McWilliam (2013)

<https://youtu.be/LONMT21j2Kc><https://www.youtube.com/watch?v=LONMT21j2Kc>

[Kchttps://www.youtube.com/watch?v=LONMT21j2Kc](https://www.youtube.com/watch?v=LONMT21j2Kc)

Como **optimizar “las capacidades de las familias”** y los apoyos de éstas, además de **crear entornos competentes que potencien un buen desarrollo y desempeño funcional del niño.**

J.C. Belda (2016): Presidente de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT)

¿Utilización exhaustiva de las rutinas domésticas para la resolución de los retrasos o déficits de los niños?

No perder el norte: Derecho del espacio sociosanitario
La mayoría de las regulaciones autonómicas apuestan por CDIATS.

La última regulación normativa es en Andalucía y apuesta también por CDIATs desde Sanidad.

Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.

Recursos IASS: Centros Base y CDIATS.

El IASS contrató la prestación de los servicios externos de Atención Temprana, con la fórmula de un **contrato de gestión de servicios públicos (modalidad concierto)** para Zaragoza, Huesca y Teruel, que contempla tanto la atención en las capitales de provincia como la atención en contexto rural – comarcal, para el periodo **2010 a 2019 contemplando** el contrato la existencia de dos posibles prórrogas.

Los **Centros Base IASS** además de la coordinación y gestión técnica del programa, **prestan servicios de atención temprana en sus propias instalaciones**, junto con los CDIATs contratados.

Centros Atención Temprana IASS

Centros urbanos. Zaragoza capital

Centro Atención Temprana. Centro Base 1. Centro Público.
Santa Teresa , 19. 50003 Zaragoza

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana Actur 1
Fundación Atención Temprana.
C/ Guillén de Castro, 10. 50018 Zaragoza.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana Actur 2.
Fundación Atención Temprana.
C/ Matías Pastor 7-9-11. 50015 Zaragoza.

Fundación DFA Pomarón.
C/ José Luís Pomarón nº 9. 50008 Zaragoza.

Fundación DFA Vadorrey.
C/Jesús Gracia nº 2, 50014 Zaragoza.

Fundación Down Zaragoza para la Discapacidad Psíquica
C/ Lagos de Coronas, 30 – 34. 50011 Zaragoza.

Centros rurales Zaragoza.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Jiloca-Moncayo”. Fundación Atención Temprana. C/ Teruel, 13. 50300 Calatayud.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana Bajo Aragón-Caspe. F.A.T. C/ Jardines de la Estación s/n. 50700 Caspe.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana Cinco Villas. F.A.T. C/ Formación Profesional 22 - 24. 50600 Ejea de los Caballeros

Tarazona

F.A.T. Enlace profesional. Centro de Alta Resolución (CASAR) “Moncayo”.
C/ Plaza Joaquina Zamora s/n 50500.

Borja

F.A.T. Enlace profesional.
Centro de Salud Borja. C/ Barbalanca s/n 50500.

Brea de Aragón

F.A.T. Enlace profesional.
C/Oriente, 20. 50246

Centros urbanos Huesca

**Centro Atención Temprana. Centro Base IASS.
C/ Joaquín Costa, 26 bajos. 22002 Huesca.**

**Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana
“Guadalupe Usón Osete”
Atención Temprana Huesca UTE.
C/ Teruel, nº 22 bajos. 22005 Huesca**

**Atención Temprana Huesca UTE. C/ Berenguer, 2-4, 5ª planta. 22002
Huesca.**
Tfno: 974 210 092. Fax: 974 212 576

Está compuesta por las siguientes entidades:

Asociación DOWN Huesca

Avda. los Danzantes, 24 – bajos. 22005 Huesca.

Asociación Hipoacúsicos “San Francisco de Sales”:

C/ Ramón J. Sender, 9 Posterior. 22005 – Huesca.

Asociación de Paralíticos Cerebrales de Huesca (ASPACE Huesca)

Carretera de Grañen, s/n. 22196 - Huesca.

Coordinadora de Asociaciones de Personas con Discapacidad.

(CADIS HUESCA) C/ Berenguer, 2-4, 5ª planta. 22002

Centros rurales Huesca.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Rio Vero”.
Atención Temprana Huesca UTE. C/ Somontano, nº 3 bajos.
22300 **Barbastro.**

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Paciencia
Gracia”. Atención Temprana Huesca UTE. C/ Estudios, 3 – 5
bajos 22400 **Monzón.**

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Carlos
López Otín”. Atención Temprana Huesca UTE. Casa de Cultura
“Puente de Sardas” . **Sabiñánigo.**

Boltaña

Atención Temprana Huesca UTE. Enlace profesional Boltaña.
Anexo lateral locales Comarca de Sobrarbe Avda. Ordesa, 79
(planta baja)

Fraga

Atención Temprana Huesca UTE. Enlace profesional Fraga
Locales Anexos Centro de Personas mayores de Fraga.
Avda. de los Deportes s/n 22520

Centros de Atención Temprana en Teruel

Centro Atención Temprana. Centro Base IASS.
Avda. Sanz Gadea 2. Teruel.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Bajo Aragón”
Fundación Atención Temprana.
Avda. Bartolomé Estebán s/n. 44600 Alcañiz.

Eficacia" de los programas de Atención Temprana. (Retorno de la inversión)

James Heckman **cuanto antes se realice la inversión, mayor será el retorno de la inversión**, sobre todo en los niños en situación de riesgo. Los costos a corto plazo son más que compensados por los beneficios inmediatos y a largo plazo mediante la reducción en la necesidad de educación especial y rehabilitación, mejores resultados de salud, la reducción de la necesidad de servicios sociales, menores costos de la justicia penal y el aumento de la autosuficiencia y la productividad de las familias.

Considera que **retornan entre 4 a 8 euros por cada euro invertido con niños antes de los 6 años** <http://www.heckmanequation.org/>
L.J. Schweinhart (2006) considera que deberíamos analizar el **coste a largo plazo** de la "discapacidad no evitada".

Se apoya en un estudio de seguimiento de más de 35 años de duración de unos programas asistenciales canadienses, para concluir que **por cada dólar gastado en Atención Temprana se ahorraron 17 dólares, distribuidos de la siguiente forma: 13 dólares ahorran los servicios y 4 dólares ahorran las familias**

Recursos IASS Discapacidad

Desde el IASS la oferta de plazas para personas con discapacidad se completa con las **plazas concertadas en centros gestionados por entidades privadas**

La concertación de plazas se articula mediante la figura del **Acuerdo Marco**, modalidad contractual con naturaleza de contrato de servicios.

El IASS utiliza en la actualidad dos Acuerdos Marcos:

1. Acuerdo Marco para personas con discapacidad/dependencia (18 - 65 años)
2. Acuerdo Marco para personas mayores en situación de dependencia (65 años +)

Acuerdo Marco de plazas para personas con discapacidad en situación de dependencia, personas mayores con alteraciones graves de conducta y personas en riesgo de exclusión social.

Se pone a disposición de las personas con discapacidad una amplia **oferta de plazas distribuidas** por todo el territorio de la Comunidad Autónoma y que abarcaban distintas **tipologías para adaptarse a la diversidad de la** demanda existente, dado el cambio que se ha producido en los **perfiles de discapacidad de estas personas a lo largo** de estos últimos años.

Acuerdo Marco de Discapacidad

El IASS oferta **2.857 plazas tanto de carácter residencial, como de** centro de día u ocupacional, y diversas combinaciones entre ellas.

El Acuerdo Marco de 2015 – 2018 ha supuesto un incremento del 9 % en presupuesto en relación al del año 2010, implementándose diversas tipologías de plazas novedosas.

Las adjudicaciones se realizan con la participación de los **Centros Base IASS a través del Informe de Orientación a Centros para plazas de** personas con discapacidad sin dependencia.

Las plazas de personas con discapacidad en situación de dependencia se articulan desde el PIA (**Ley 39/2006**)

ORDEN de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón (BOA 16/6/2015)

Artículo 8. *Personas con discapacidad no dependientes.*

1.A los efectos de esta orden, se considerarán beneficiarios, en su condición de personas con discapacidad, aquellas que sean reconocidas como tales, **con un grado igual o superior al 33%, *siempre y cuando se oriente y considere como*** recurso idóneo alguno de los servicios previstos en la presente orden para personas con discapacidad mediante informe emitido por el equipo de valoración y orientación del IASS, o en su caso, por los órganos técnicos competentes del Estado o de las distintas Comunidades Autónomas.

2. Dicho equipo de valoración y orientación será de **carácter multidisciplinar** y estará formado por tres profesionales pertenecientes al ámbito de la **medicina, psicología y trabajo social**. Será el competente para emitir, en atención a las especiales circunstancias personales, de salud, socioeconómicas y familiares de la persona con discapacidad, el informe de orientación a centro

CARACTERISTICAS PLAZAS ACUERDO MARCO 2015 – 2019

- Residencia con o sin Centro de día para personas con diagnóstico de parálisis cerebral, discapacidad intelectual grave asociada y presencia de trastornos de conducta
- Residencia con Centro de día para personas con discapacidad intelectual severa o profunda
- Residencia para personas con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta, con Centro de día o Centro Ocupacional, según requiera el usuario
- Residencia para personas con discapacidad intelectual grave, moderada y ligera
- Residencia con centro ocupacional para personas con discapacidad intelectual profunda, grave, moderada y ligera.
- Residencia para personas con discapacidad física gravemente afectadas
- Residencia para personas mayores dependientes con alteraciones graves de conducta
- Residencia para personas que se encuentran en riesgo de exclusión social
- Residencia con centros de día para personas con trastorno del espectro por autismo grave y discapacidad intelectual asociada junto con trastornos severos de conducta
- Residencia para personas con sordoceguera congénita
- Residencia para personas con discapacidad intelectual que requieran intervención breve y especializada por presentar un agravamiento puntual de sus trastornos de conducta.
- Pisos tutelados o asistidos para personas con discapacidad intelectual moderada y ligera
- Centro de día para personas con grave discapacidad intelectual
- Centro de día para personas con grave discapacidad física
- Centro de días para personas con trastorno del espectro por autismo leve y grave discapacidad intelectual asociada y trastornos de conducta leves
- Centro de días para personas con parálisis cerebral y trastornos asociados
- Centro Ocupacional para personas con discapacidad intelectual moderada y leve

Valoración de la Discapacidad

En torno a la valoración de la Discapacidad.

1. La regulación normativa parte del **R.D. 1971/1999, de 23 de Diciembre**, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. (B.O.E. nº 22 de 26/1/2000) y posterior corrección de errores de 13 de marzo de 2000.

2. Orden de 13 de noviembre de 2009, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se crea **la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad (BOA 1/12/2009)**.

3. Importancia de la modificación al Real Decreto 1971/1999 realizada por el R.D. 1364/2012, de 27 de septiembre.

Se garantiza la privacidad de la información personal y relativa a la salud y rehabilitación de las personas con discapacidad

(supresión de la obligatoriedad de señalar el tipo de deficiencia en la resolución de reconocimiento de la situación de discapacidad)

4 .A su vez el Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, modificó el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre (BOE 26/12/2009, realizando la siguiente actualización terminológica y conceptual.

1. Todas las referencias hechas al término "**minusvalía**» quedan **sustituidas por el término "discapacidad"**.

2. Todas las referencias hechas a "**minusválidos**" y "personas con minusvalía" quedan sustituidas por el término "**personas con discapacidad**"

3. Todas las **referencias al término "discapacidad"**, quedan sustituidas por "**limitaciones en la actividad**".

4. Todas las referencias hechas al término "**grado de minusvalía**" quedan sustituidas por "**grado de discapacidad**".

5. Todas las referencias hechas al término "**grado de discapacidad**" quedan sustituidas por "**grado de las limitaciones en la actividad**".

Concepto de Reconocimiento legal de grado de discapacidad.

Refiere a una **Resolución Administrativa** mediante la cual se reconoce básicamente el derecho a la aplicación de los beneficios que se detallaron en la Ley 13/1982 de Integración Social de los minusválidos (LISMI) y en la posterior legislación.

No supone ninguna merma de la independencia jurídica, ni afecta a la capacidad de obrar de la persona.

Se trata del Documento Oficial que Reconoce una Discapacidad a la persona, si la discapacidad valorada es igual o superior al porcentaje del 33 %.

No confundir esta valoración de “condición de discapacidad” que realizan los E.V.O. en los Centros Base IASS, **con la valoración de la “situación de dependencia”** que supone la aplicación de los Baremos EVE y BVD, una vez desarrollada la Ley 39/2006.

Tampoco confundirla con la Declaración de incapacidad laboral derivada del trabajo.

Le corresponde a los técnicos del E.V.I. del (I.N.S.S.). Esta declaración determina las limitaciones de la persona para realizar una actividad laboral y lleva consigo una pensión de invalidez,

Tampoco confundirla con la Declaración de incapacidad judicial que acredita que la persona no es capaz de obrar, administrar sus bienes o su propia persona.

La persona con discapacidad recibe tres documentos referentes a su valoración:

1. **Emisión del Dictamen Técnico- Facultativo. Realizado por el E.V.O**

Se incluyen los siguientes elementos:

- A. El grado de severidad de la alteración: *código de Discapacidad.*
- B. Las causas inmediatas de estas alteraciones: *Código Diagnóstico.*
- C. Las causas etiológicas de las discapacidades valoradas: *Código Etiológico.*

Se detalla igualmente el grado de limitación en la actividad derivado de las deficiencias valoradas. (Anteriormente denominado Grado de Discapacidad)

Se valora además la situación personal y el entorno socio-familiar de referencia de la persona: “factores sociales complementarios”. Es decir, para establecer el grado de discapacidad se aplica un baremo de contenido clínico que es el que posibilita determinar las limitaciones en la actividad, y un baremo de contenido social.

Se realiza la calificación del grado total de discapacidad. Dicha calificación puede formularse con carácter definitivo o temporal, atendiendo a la previsible mejoría.

Se debe detallar además:

- 1. Baremo para determinar la necesidad del concurso de otra persona, aunque ahora su valoración se realiza con los datos de la valoración de dependencia.
- 2. Baremo para determinar las dificultades de movilidad para la utilización de transportes públicos colectivos.

2. Resolución de grado. Emitida por el Director/a Provincial del IASS

Necesidad de realizar Resolución expresa y notificarla al interesado, cuyos efectos se entienden producidos desde la **fecha presentación de Solicitud** en los Registros Administrativos Oficiales.

Se dicta Resolución expresa sobre el **reconocimiento de grado, así como sobre** la puntuación obtenida en los Baremos para determinar la necesidad de concurso de otra persona o dificultades de movilidad, si procede.

El plazo fijado para emitir Resolución no puede exceder de seis meses.

En el Dictamen que recibe el interesado se expresa también la *fecha en que puede tener lugar la Revisión del grado de discapacidad* en caso de que los E.V.O. así lo consideren (siempre que se prevea una mejoría razonable de la discapacidad valorada).

3. Certificado del grado de discapacidad. Emitido por el Director/a del Centro Base. Se certifica el Grado de Discapacidad. Se trata del documento más “popular, la **certificación de la discapacidad.**

Normas para la Valoración de la Discapacidad.

Apartado Primero.

“El proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado”.

Apartado segundo.

“El diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Las pautas de valoración de la discapacidad están basados en la severidad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que ésta sea”.

Apartado tercero.

“Debe entenderse como deficiencias permanentes a aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado”. Entre el acto de la valoración realizada, la realización del diagnóstico e inicio del tratamiento debe de transcurrir un “tiempo mínimo” o de espera, que ya se ha aclarado que como poco tiene que ser de 6 meses. Los “episodios” aislados no son valorables.

Normas para la Valoración de la Discapacidad.

Apartado cuarto.

“Las deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas se evalúan siempre que sea posible, mediante parámetros objetivos y quedan reflejados en los capítulos correspondientes.

Sin embargo las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es decir, en el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia”.

Apartado quinto.

Las Normas generales no se centran como tal en el criterio de edad, ni establecen criterios diferenciados para la valoración psicológica o médica.

En este sentido, la Ley 39/2006 y el R.D. 504/2007 que establece los Baremos de Dependencia, ha intentado mejorar estos aspectos, al establecer Baremos diferentes para niños (EVE de 0 a 3 años) y adultos (BVD) y establecer en las Escalas apartados referentes a aspectos de salud y adaptativo – cognitivos, aspecto que va a contemplar igualmente el previsible nuevo Baremo de la Discapacidad.

Concepto actual de la Discapacidad.

La discapacidad según **la Ley 26/2011, de 1 de agosto**, de adaptación normativa a la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**.

“Son personas con discapacidad aquellas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”.

Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre:

**Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las
Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social**

Quienes son las personas con discapacidad: Artículo 4

1. Aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

2. Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.

Se considerará que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social (incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez), y a los pensionistas de clases pasivas (retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad).

Real Decreto Legislativo 1/2013

Quienes son las personas con discapacidad: Artículo 4

4.4. A efectos del reconocimiento del derecho a los servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades se asimilan a dicha situación los estados previos, entendidos como procesos en evolución que puedan llegar a ocasionar una limitación en la actividad.

El Real Decreto Legislativo 1/2013, al tratar la autonomía de las personas con discapacidad en su artículo 6, plantea que el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se realizará de acuerdo con el principio de libertad en la toma de decisiones.

Las personas con discapacidad tienen derecho a la libre toma de decisiones, para lo cual la información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados y de acuerdo con las circunstancias personales, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño universal o diseño para todas las personas, de manera que les resulten accesibles y comprensibles.

Real Decreto Legislativo 1/2013

Artículo 12 Los EVOs. Equipos Multiprofesionales de atención a la discapacidad.

1. **Prestaran atención interdisciplinaria** para garantizar a las personas con discapacidad su inclusión y participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.
2. Son los **órganos encargados de valorar y calificar las situaciones de discapacidad, para su reconocimiento oficial por órgano administrativo.**

3. Funciones :

- a) **Emitir un Dictamen Técnico normalizado** (DTF) sobre las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las barreras en la participación social, recogiendo las capacidades y habilidades para las que la persona necesita apoyos.
 - b) La **orientación para la habilitación y rehabilitación.**
 - c) Determinar el **tipo y grado de discapacidad en relación con los beneficios, derechos** económicos y servicios previstos en la legislación.
 - d) La valoración y calificación **será revisable.** La valoración y calificación definitivas solo se realizará cuando la persona haya alcanzado su **máxima rehabilitación o cuando la deficiencia sea presumiblemente definitiva.**
4. Sus valoraciones responderán a **criterios técnicos unificados**, basados en la evidencia disponible, y tendrán validez ante cualquier organismo público y en todo el territorio del Estado.

En torno a la adecuación del actual procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad a la CIF (OMS 2001). Situación actual.

Desde el IMSERSO se realizó una Propuesta Técnica con la participación de expertos a nivel nacional en valoración (Centros Base) que fue ratificada en Sesión Plenaria de la Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración de Grado de Discapacidad celebrada en la sede central IMSERSO en Madrid el 27/5/2013

Esta Nueva propuesta va a requerir un nuevo sistema de Codificación al igual que un programa informático nuevo.

Con los “nuevos Baremos ratificados en 2013” se realizó en Diciembre 2015 “pilotaje” por parte del Instituto de Salud Carlos III, presentando los resultados al IMSERSO en octubre 2016, quien lo hace llegar a las CCAA en enero 2017.

*En el pilotaje no han participado técnicos de Aragón. Han participado unidades de valoración de la discapacidad de seis Comunidades Autónomas y un total de **201 casos que constituyeron la población de estudio.***

En torno a la adecuación del actual procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad a la CIF (OMS 2001). Situación actual.

El informe del Instituto de Salud Carlos III establece que entre el Baremo vigente y el posible nuevo Baremo “no se observan diferencias significativas por edad o tipo de deficiencias”

Proyecto de cambios en la valoración discapacidad: Adecuación de los Baremos de la Discapacidad a la CIF

El nuevo sistema de valoración se basará en **cuatro nuevos Baremos** adaptados a los conceptos y componentes de funcionamiento, discapacidad y factores contextuales de la **CIF**.

De la aplicación de estos **cuatro Baremos** obtendremos **el grado final de discapacidad**:

1. La deficiencia. Se trata del criterio principal.
2. La limitación en la actividad.
3. La restricción en la participación. Lo que opina la persona.
4. Los factores contextuales ambientales. Baremo social diferente al actual.

Primer Baremo: Baremo de Evaluación de la Deficiencia global y permanente de la persona. BDGP Se valorarán las funciones y estructuras corporales que asociamos a las limitaciones en la capacidad de la persona para realizar las AVD.
Se trata de las actividades comunes a todas las personas.

Cambios en la valoración discapacidad: Adecuación de los Baremos de la Discapacidad a la CIF

Segundo Baremo: Baremo de Limitaciones de la Actividad (BLA)

Se valora la Capacidad para **realizar actividades** en un medio normalizado. Mediante una Escala se graduará la limitación para la realización de AVD, detallando actividades y pesos por *grupos de edad*:
7 a 11 años. 12 a 17 años 18 años y más.

Se obtendrá un porcentaje de limitación de actividades.

Va a tener **dos apartados**: Dos Baremos secundarios para valorar gravedad:
BLGTAA Baremo de limitación grave y total en actividades de autocuidado
Actividades de la vida diaria. (AVD o Actividades de autocuidado).

BLAM Baremo de limitaciones actividades de movilidad. Movilidad reducida
Se trata del Baremo de dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos.

Cambios en la valoración discapacidad: Adecuación de los Baremos de la Discapacidad a la CIF

Tercer Baremo: Baremo de restricción en la participación (BRP)

Se valora el desempeño real de la persona a la hora de realizar actividades habituales (AVD) en su entorno real con ayudas, durante el último año y a causa de sus problemas de salud/discapacidad.

El valorador utilizará los datos de un Cuestionario de opinión denominado (que podrá cumplimentar el interesado o un familiar) “Cuestionario de Desempeño” (QD).

Importancia de que la persona participe y nos diga que limitaciones tiene. Hasta ahora no se integraba su opinión en el Baremo.

Vamos a tener más datos e información de la persona en nuestros expedientes, no sólo Informes. Puede que su opinión no coincida con lo que nos diga la “deficiencia”.

Este Cuestionario tendrá dos apartados:

Parte 1. Información sobre las dificultades para realizar las AVD.

Parte 2. Información sobre los factores del contexto socioambiental que puedan influir facilitando su funcionamiento para realizar las actividades habituales de su vida diaria.

Cambios en la valoración discapacidad: Adecuación de los Baremos de la Discapacidad a la CIF

Cuarto Baremo: Baremo de factores contextuales y ambientales y barreras (BFCA).

Este es el Baremo que utilizarán los/as trabajadores/as sociales.

Se evalúan *los factores del entorno de la persona* que, cuando están presentes o ausentes, limitan su funcionamiento.

Son los Factores contextuales ambientales identificados por la CIF, que pueden actuar como barrera, incrementando la discapacidad y restringiendo su participación plena en la sociedad.

Nueva edición de la Guía de Recursos para la Discapacidad en Aragón.

Edición 2017

<http://iass.aragon.es/adjuntos/discapacitados/GuiaRecursosDiscapacidad.pdf>

Guía de Ayudas Sociales y Servicios para las Familias 2017

<https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ayudas/ayudasFamiliasNumerosas/Doc2017/guiadeayudasparafamilias2017.pdf>

Muchas gracias por vuestra
atención