

# DISCAPACIDAD EN ARGENTINA "MARCO LEGAL"

CURSO DE AUDITORIA MEDICA "HOSPITAL  
ALEMAN"

2009



La discapacidad en Argentina representa hoy un importante tema dentro de la salud pública y privada. Nos enfrenta a un arduo debate en materia de auditoria médica, frente a la legislación vigente y la realidad de cada afiliado. Nos pone al filo del abismo, caminando en la cornisa entre lo que legalmente le corresponde por derecho y lo que la ley en su contexto ejerce como obligación para las prestaciones sobre discapacidad. Un marco legal que poco tiene que ver con la realidad de un país como el nuestro.



**Marchessi, Candela**  
**Gotusso, Judith**

**INDICE**

PROLOGO .....	3
INTRODUCCION .....	4
CLASIFICACION OMS .....	6
DISCAPACIDAD UN MUNDO DESCONOCIDO .....	9
LEGISLACION VIGENTE .....	11
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD .....	13
RESPONSABILIDAD LEGAL .....	15
CONCLUSION .....	20
BIBLIOGRAFIA .....	21

## **PROLOGO**

En la declaración de los derechos humanos de la organización de las naciones unidas ya tenemos en su artículo 1 la base sobre la cual desarrollaremos este trabajo: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros".

Los derechos humanos son garantías jurídicas que protegen a las personas y grupos de personas contra los actos de los gobiernos que afectan las garantías de libertad y dignidad humana.

Los derechos humanos son UNIVERSALES: es decir abarcan a todas las personas sin importar sexo, edad, raza, cultura, idioma, religión o capacidades.

Son INALIENABLES, es decir nadie puede revocarlos o renunciar a ellos. Son INSTRANSFERIBLES. Se basan en la dignidad humana intrínseca, y en la igualdad de todos los seres humanos. Protegen al individuo.

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.

En todo el mundo va en aumento la cantidad de personas con discapacidad, entre ellos los niños, que son los que más se ven afectados en cuanto a criterios de igualdad.

### **LOS DERECHOS DE LOS PADRES DE UN NIÑO DIFERENTE**

1. El derecho de enojarse.
2. El derecho de poder pedir otro diagnóstico.
3. El derecho a la discreción.
4. El derecho de intentar todas las posibilidades.
5. El derecho de interrumpir o probar nuevos métodos.
6. El derecho de poner límites.
7. El derecho de ser padres.
8. El derecho de no tener que estar siempre entusiasmados.
9. El derecho de tener un poco de tiempo libre.
10. El derecho de ser expertos para el propio hijo.
11. El derecho a la dignidad

## INTRODUCCION.

Para comenzar, hablaremos del concepto de Discapacidad, que significa, que abarca. Distintas definiciones para una misma problemática.

Se entiende que la discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social. Por otra parte, esas limitaciones y restricciones no dependen solamente del individuo portador de la deficiencia, sino también del entorno físico y cultural en que se encuentran.

La Dra. Ester Labatón considera a la discapacidad como: “la consecuencia de una relación entre el mundo circundante y la persona, ya que por lesión o enfermedad u cualquier otra causa, una persona tropieza con una dificultad superior a lo normal para desarrollarse en la vida”.

Tanta era la importancia sobre este tema, que la ONU se dio cita el 25 de agosto 2006 para realizar el texto que posteriormente en 2007 se aprobó por consenso sobre la Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

En cuyo artículo 7 menciona la discapacidad infantil, y las medidas específicas que deben tomarse para atender a sus necesidades adecuadamente.

La "Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad" de la OEA (Organización de los Estados Americanos) , vigente en nuestro país desde su ratificación por Ley N° 25.280 del 4 de agosto de 2000, establece en su Artículo 1º que "**discapacidad**" *significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social*".

En nuestro ordenamiento jurídico la discapacidad está definida en la Ley N° 22431 "Sistema de protección integral de las personas discapacitadas" del 16 de marzo de 1981, que considera "**discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral**".

De igual modo, dieciséis años después, la Ley N° 24.901 de institución del "Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad" define en su Artículo 9º a la persona con discapacidad en los mismos términos, casi textuales que la Ley 22.431. La única modificación que realiza es que en lugar de la palabra "física" utiliza los términos de "motora, sensorial".

Con igual alcance pero quizás con otros términos, diferentes normas han ido considerando, clasificando y renombrando, tanto a la discapacidad como a las personas con discapacidad.

Es así que en la reforma a nuestra Constitución Nacional en el año 1994, en su Artículo 75 inciso 23 se establece la obligación del Congreso de 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 a las "**personas con discapacidad**".

En idéntico sentido, pero con otra terminología, advertimos que por ejemplo la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 1 de Octubre de 1996, dedica el Capítulo Decimotercero a las "**Personas con necesidades especiales**", y así las renombra garantizándoles el derecho a su plena integración, información y a la equiparación de oportunidades.

La necesidad de conocer, dimensionar, cuantificar y caracterizar la situación de las personas con discapacidad ha sido una inquietud reiterada en el nivel internacional y en Argentina en particular. Estimar el quantum de población que necesita de atención, evaluar los recursos que requeriría su asistencia y disponer de información para formular políticas -públicas y privadas- no sólo en el campo de la salud, sino también en el de la educación, el empleo y la promoción y asistencia social han caracterizado una serie de demandas sociales que requiere de ineludible tratamiento estadístico.

En Argentina, la **Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)1** - Complementaria del Censo 2001- constituye la primera experiencia de este tipo de medición en el país y tiene por objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad.

Los primeros resultados de la ENDI informan que la población con discapacidad representa el **7,1 por ciento de la población total** que vive en localidades de 5.000 habitantes y la prevalencia es levemente superior en las **mujeres (7,3 por ciento)** que en los **varones (6,8 por ciento)**. En números absolutos, **el total de las personas con discapacidad asciende a 2.176.123 (1.010.572 varones y 1.165.551 mujeres)**.

La distribución por edades muestra que el 11,7% de las personas con alguna discapacidad son menores de 15 años, el 48,5% tiene entre 15 y 64 años y el 39,8% restante (866.258 personas) tienen 65 años o más. En el total de la población, las personas en edad avanzada (65 años y más) son el 9,9%. Esto significa que la prevalencia de la discapacidad en las personas mayores sea del 28,3%, frente a una prevalencia del 5,5% en las edades entre 15 y 64 años y del 3,0% entre los menores de 15 años.

## **CLASIFICACION SEGÚN LA OMS**

El modelo de discapacidad con el que nos hemos familiarizado tanto los profesionales, como los organismos públicos y los propios pacientes y sus familias, ha sido el propugnado por la Organización Mundial de la Salud a partir de la publicación en el año 1980 de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

Tal clasificación supuso en su día un hito ideológico en la conceptualización de la discapacidad y consiguió poner en marcha bajo sus postulados, en las sociedades industrializadas, los planes modernos de protección social pública a la discapacidad que hoy en día conocemos.

El modelo de la CIDDM es fundamentalmente lineal, en el que una deficiencia (déficit o alteración funcional o estructural producido por una enfermedad o proceso malformativo) produce necesariamente una discapacidad (o deterioro en la realización de actividades) y esta discapacidad, al interactuar con el ambiente social, determina una minusvalía (o restricción en la participación social debido a elementos contextuales que son barreras para la persona con discapacidad).

Con el paso de los años, tal modelo resulta insuficiente por distintos motivos; algunos de ellos son puramente técnicos y otros, eminentemente sociales.

En el ámbito técnico, este modelo lineal se encuentra con numerosos problemas a la hora de explicar un fenómeno sumamente complejo como el de la discapacidad. Así, una persona con una deficiencia (p. ej.: vitiligo) puede no tener ninguna limitación en las actividades que realiza (discapacidad) y, sin embargo, en determinadas culturas, sufrir una importante restricción en su participación social (minusvalía) debido al estigma que supone tener áreas de piel hipopigmentada que pueden confundirse con otras enfermedades graves y contagiosas.

En el campo de la salud mental, el hecho de institucionalizar a un paciente con enfermedad mental y limitar su participación en sociedad (minusvalía), puede determinar, con el tiempo, una pérdida de hábitos y actividades básicas de la vida diaria que no se le permiten realizar en un ámbito hospitalario; es decir, producir una discapacidad.

Además, en este camino biunívoco de relaciones entre deficiencia-discapacidad-minusvalía, existen factores no tenidos en cuenta (o al menos no estandarizados en la CIDDM) y que resultan fundamentales para comprender estos fenómenos tan complejos. Entre estos factores se encuentran aquellos determinados por la propia persona (edad, sexo, raza, etc.) que en muchas culturas suponen determinantes básicos para la realización de actividades y participación social y aquellos otros determinados por el ambiente en el que vive el individuo y que propician el que una persona con una misma discapacidad (por ejemplo: amputación de ambas piernas), pueda moverse con cierta facilidad por su entorno habitual (con el acceso al uso de ayudas técnicas o humanas) o que se vea limitado a la habitación de su casa de forma permanente al no disponer de estas ayudas.

Finalmente, en las sociedades más desarrolladas, la utilización durante años de la terminología reseñada, ha devenido en numerosos contenidos peyorativos sobre la misma

y son, fundamentalmente, las propias personas con discapacidad y sus familias quienes no entienden que se les clasifique como «minusválidos» e, injustamente, se les «minusvalore» por el simple hecho de necesitar determinada capacitación supletoria en algunas áreas de su vida o actividad.

### UN NUEVO MODELO PARA EL FUNCIONAMIENTO Y LA DISCAPACIDAD (CIF, 2001)<sup>12</sup>

Dadas las dificultades preexistentes con el modelo de la CIDDM, la OMS comenzó en 1993 las labores de revisión y estudios de campo con vistas a la edición de una nueva clasificación que sustituyese a la del año 1980. Los principios esenciales sobre los que se fundamentaba dicho proceso estaban dirigidos a posibilitar que la nueva clasificación:

- Estableciera un lenguaje común, aplicable transculturalmente, que permitiera describir de manera fiable y replicable los estados funcionales inherentes a las «condiciones de salud» de las personas.
- Incorporara un sistema de codificación que fuera sistematizado, fiable y sencillo de aplicar.
- Utilizase un modelo biopsicosocial en el que la discapacidad fuera explicada como la resultante de la interacción de las limitaciones del individuo con el entorno y el contexto sociocultural.
- Entendiese la discapacidad como un hecho de naturaleza universal y en cierta medida intrínseco a la condición humana.
- Promoviera la utilización de la terminología neutral que facilitase la superación de la marginación y discriminación de las personas con discapacidades.
- Fuera utilizable, de manera complementaria, con el resto de clasificaciones de la OMS.

Esta nueva clasificación con el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) fue aprobada por la 54 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo 2001 a través de la Resolución WHW 54.21.

Son numerosos los cambios de concepto que la clasificación ha sufrido desde su primera edición. Así, en la CIF, el término Funcionamiento se incluye como término neutro y término paraguas que abarca: Función Corporal, Actividad y Participación, mientras que el término Discapacidad aparece en el título abarcando tanto Deficiencias, como limitaciones en la Actividad (discapacidad del antiguo modelo) y restricciones en la Participación (minusvalía de la CIDDM).

La incorporación del término de Salud se propone en el título dada la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que evalúa salud y estados de salud.

Así, la CIF no pretende clasificar a las personas, sino ofrecer perfiles de funcionamiento y discapacidad determinados por objetivos concretos de interés y no por un afán arbitrario (y por tanto éticamente inaceptable).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, forma parte de la Familia de Clasificaciones de la OMS. Si en el caso de la CIDDM, su papel era secundario a la Clasificación Internacional de Enfermedades, actualmente, la

Organización Mundial de la Salud considera a la CIF al mismo nivel de la CIE 10, de la que resulta totalmente complementaria.

Esta complementariedad supone, en parte, que la CIF haya pasado de ser una Clasificación de las Consecuencias de las Enfermedades (versión 1980) a ser una Clasificación de los Componentes de la Salud.

Abarca todos los aspectos de la salud y otros aspectos relevantes relacionados con el Bienestar que son descritos como Dominios de Salud y Dominios relacionados con la Salud.

Algunos nuevos aspectos conceptuales a considerar en la CIF se relacionan con distintas cuestiones taxonómicas y terminológicas:

*Funcionamiento*: es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre el individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

*Discapacidad y minusvalía*: durante el proceso de revisión de la CIDDM, mientras que el término minusvalía fue abandonado, se mantuvo el término «discapacidad», aunque utilizándolo como término genérico para las tres perspectivas: corporal, individual y social. Por lo tanto discapacidad persiste en la CIF como término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (ambientales y personales).

*Deficiencia*: es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con «anormalidad» se hace referencia estrictamente a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.

*Actividad*: es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Por su parte, limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo pueda tener para realizar actividades.

*Participación*: es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Restricciones en la participación son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

*Factores contextuales*: son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y, en concreto, el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los factores contextuales tienen dos componentes: Factores personales y factores ambientales



## **DISCAPACIDAD UN MUNDO DESCONOCIDO POR LA MAYORIA**

### LA SITUACION EN ARGENTINA.

La ENDI -Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad- es una encuesta complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, relevado en 2001. En aquella oportunidad se incluyó una pregunta destinada a detectar hogares con al menos una persona con discapacidad. Esos datos tuvieron como objetivo proporcionar un marco para seleccionar una muestra a visitar con un formulario específico.

La ENDI fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003 en una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos de todo el país. El universo de la muestra es la población residente en localidades de al menos 5.000 habitantes, que representa el 96% de la población urbana del país y el 84% de la población total. El diseño muestral de la ENDI permite resultados a nivel de total del país (conjunto de los centros urbanos de al menos 5.000 habitantes), regiones, provincias (para doce de ellas) y grandes aglomerados.

El 7,1% de la población tiene alguna discapacidad. En números absolutos se trata de 2.176.123 personas, dado que la ENDI fue relevada en una muestra de hogares de centros urbanos de al menos 5.000 habitantes. La distribución por sexo de las personas con discapacidad muestra un leve predominio de mujeres: el 53,6% son mujeres y el 46,4% restante, varones. Debe recordarse que en el total de la población, las mujeres son el 52,0% y los varones, el 48%. Por eso, la prevalencia entre las mujeres es algo mayor que entre los varones (7,3 y 6,8 respectivamente).

La ENDI indagó respecto de la cantidad de discapacidades por persona: el 73,9% de las personas con alguna discapacidad tiene una, el 20,2% dos y hay un 5,9% que tiene tres o más. Entre las personas con tres o más discapacidades (128.182), el 45,4% (58.208 personas) tiene 75 o más años de edad.

Estima la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) que entre un 7% y un 10% de la población padece de alguna discapacidad tanto en la Argentina como en el mundo y la tasa de desocupación entre la población con discapacidad es cuatro veces mayor al promedio general de la población.

¿Cuáles son las discapacidades más frecuentes? En primer lugar, las motoras (39,5%).

Le siguen las discapacidades visuales (22,0%), auditivas (18,0%) y mentales (15,1%).

Dentro de cada tipo de discapacidad, se especificó en subtipos. Así resulta que dentro de las discapacidades motoras, como se dijo, las más frecuentes entre las discapacidades, el 61,6% corresponde a miembros inferiores, 30,0% a miembros inferiores y superiores y 8,4% a miembros superiores. Situaciones de este tipo de discapacidad son la falta o parálisis o atrofia de uno o dos pies o las piernas, uno o dos brazos o las manos, dificultad permanente para levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado; dificultad permanente para agarrar objetos con una o dos manos; dificultad

permanente para caminar o subir escaleras; necesidad o utilización en forma permanente de silla de ruedas, andador, muletas, bastones canadienses, férulas, prótesis, etc.

El 92,9% de las discapacidades visuales son dificultades para ver y el 7,1% cegueras (45.235). Por dificultades para ver se entiende que aún con anteojos o lentes se tiene dificultad permanente para ver de cerca, de lejos, o que se tienen otras dificultades para ver.

El 86,6% de las discapacidades auditivas son dificultades para oír y el 13,4% restante, sorderas (69.753).

Por dificultades para oír se entiende una dificultad permanente para oír lo que se dice, y/o la necesidad o utilización de audífono para oír lo que se dice y/o la necesidad de leer los labios para entender lo que se dice. La sordera es no poder oír ningún sonido.

El 63,2% de las discapacidades mentales son retrasos mentales (275.863) y el 36,8%, problemas mentales (160.444). Se entiende por retraso mental el tener algún retardo o retraso mental que dificulte aprender, trabajar y/o relacionarse, y por problema mental tener en forma permanente algún problema mental que dificulte relacionarse y/o trabajar (por ejemplo psicosis infantil, autismo, etc.). La concurrencia a un hospital de día o centro educativo terapéutico por retardo o problemas mentales fue considerada un indicador de discapacidad mental.

Del total de personas con alguna discapacidad, el 38,4% no tiene cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual. En la región del noreste (NEA) esta proporción supera el 50%.

Uno de los resultados más importantes de la ENDI es que permite ver a las personas con discapacidad en su calidad de miembros de hogares. La discapacidad no es solo un atributo de las personas individuales sino que caracteriza al hogar en que esa persona vive. Mientras la discapacidad caracteriza al 7,1% de las personas, el 20,6% de los hogares -uno de cada cinco hogares de la Argentina- alberga al menos una persona con discapacidad. Se trata de 1.802.051 hogares, una cifra que expresa más claramente la magnitud de la situación de la discapacidad. Como se verá en los resultados a difundir próximamente, son las familias o el resto de los miembros del hogar, los que se ven especialmente involucrados por la presencia de al menos un miembro en esta situación. Este estudio estadístico confirma la idea de que una persona con discapacidad es una persona que necesita apoyo y asistencia y que su familia y el resto de los miembros de su hogar son su principal recurso.

### **LEGISLACION VIGENTE EN NUESTRO PAIS.**

Nuestro sistema legislativo presenta varias leyes que regulan, promueven y garantizan la atención integral de los discapacitados, su cobertura y los medios para evitar discriminación.

La discapacidad se encuentra regulada en nuestro país por una multiplicidad de leyes nacionales y provinciales, decretos, resoluciones y hasta por dos convenciones internacionales como lo son la "Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad" de la OEA y la recientemente aprobada "Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad" de la ONU. Todas estas normas regulan diferentes aspectos relacionados tanto a la salud, como al transporte, la educación, el trabajo, la seguridad social, entre otras.

Detallaremos a continuación cada una de ellas con sus principales aspectos:

1. Ley 22431 Sistema protección integral de los discapacitados (1981)
  1. Sancionada 16/3/81
  2. Compuesta por 4 capítulos y 29 artículos
2. Ley 23660 Obras Sociales (1988)
  1. Sancionada 29/12/88
  2. Consta de 45 artículos
3. Ley 24754 (ley de Banzas de Moreau) Legislación de prestación para las empresas de medicina pre-paga (1996)
4. Ley 24901 Sistema en aplicaciones básicas de habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (1997)
  1. Sancionada el 5/11/97
  2. Consta de 7 capítulos y 39 artículos
5. Ley 25280 Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (2000)
  1. Sancionada 6/7/00
  2. Con el fin de eliminar toda forma de discriminación de las personas con discapacidad
  3. Consta de 14 artículos
6. Ley 26378 brazo ejecutor de la Convención sobre discapacidad de la ONU (2008)
  1. Sancionada 21/5/08 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
  2. Anexo I: convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (artículo 1-50)
  3. Anexo II: protocolo facultativo (artículo 1-18)

Mas allá de este amplio espectro normativo, podríamos decir que son dos las leyes nacionales principales que rigen en esta temática: la Ley N° 22.431 (16/03/1981) del

“Sistema de protección integral de los discapacitados” y la Ley N° 24.901 (2/12/1997) del “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Ambas leyes se complementan y han sido objeto de un sinnúmero de reglamentaciones y de modificaciones a lo largo de estos años.

Ambas normas instituyen un sistema de prestaciones en atención a una protección integral de la persona con discapacidad, con la variante que la Ley 24901 es más amplia en cuanto a su alcance atento que contempla acciones de prevención y promoción.

En cuanto a los sujetos obligados a cumplimentar con las prestaciones, mientras la Ley 22431 se refiere al Estado como principal obligado, resultando las obras sociales como subsidiarias; en la Ley 24701 las obras sociales tienen a su cargo “con carácter obligatorio” la cobertura total de las prestaciones básicas...”. Lo que implica que aquellas personas con discapacidad que tengan cobertura de una obra social, deberá reclamar el cumplimiento de las prestaciones a éstas, y el Estado será el encargado de prestarlas a aquellas personas que carezcan de obra social. Esto significa que, las personas con discapacidad, que cuenten con su certificado de discapacidad otorgado por autoridad competente, tienen derecho a una cobertura total por parte de su Obra Social, Prepaga o el Estado de todos y cada uno de sus gastos de salud, educación y traslados.

### **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.**

El certificado de discapacidad está reglamentado por el art 10 de la ley 24.901 y determina que la discapacidad deberá acreditarse conforme lo establecido por el art 3 de la ley 22.431 y por las leyes provinciales análogas: la forma es mediante un **certificado de discapacidad**. En este sentido, el artículo 10 del decreto reglamentario 1193/98 determina que será el Ministerio de Salud y Acción Social (antes era la Secretaría de Estado de Salud Pública) la encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad. Este certificado deberá incluir: a) Un diagnóstico funcional y b) Orientación Prestacional, la que se incorporará a un Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Una vez otorgado, este certificado tiene una vigencia limitada en el tiempo (normalmente 5 o 10 años) y luego debe ser renovado. Resulta de especial importancia su obtención ya que el art 10 de ley 24.901 es tajante cuando declara que *“A los efectos de la presente ley, la discapacidad **deberá acreditarse...**”*, es decir a fin de obtener los servicios que determina.

El organismo encargado de realizar esta certificación es el Ministerio de Salud de la Nación quien certificará la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.

En este sentido, el Artículo 10 del Decreto reglamentario N°1193/98 determina que será el Ministerio de Salud y Acción Social el encargado de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad.

Este certificado deberá incluir: a) Un diagnóstico funcional y b) Orientación Prestacional, la que se incorporará a un Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Una vez otorgado, este certificado tiene una vigencia limitada en el tiempo (normalmente 5 o 10 años) y luego debe ser renovado. Resulta de especial importancia su obtención a fin de obtener los servicios y las prestaciones enumeradas en la ley.

#### **Como se tramita el certificado de Discapacidad. Requisitos.**

Si el interesado tiene domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deberá comunicarse a la siguiente línea de atención gratuita: 0800-999-2727.

Si el interesado reside en el interior del país, por favor visite nuestra Sección INFORMACIÓN PARA EL INTERIOR DEL PAIS donde constan las direcciones de todos los organismos nacionales y provinciales donde se puede tramitar el **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**.

Si por el contrario el interesado tiene domicilio en la Provincia de Buenos Aires, deberá concurrir (puede venir otra persona en su lugar) al Servicio Nacional de Rehabilitación (Ramsay 2250) de 8.30 a 14 hs al Área de Turnos con su DNI original (excluyente) donde conste el domicilio actual; además, deberá presentarse con un certificado médico en donde conste el diagnóstico del paciente (no excluyente), con el objeto de ser asignado con el médico especialista, o bien conocer con precisión cuál es el diagnóstico a evaluar.

Es OBLIGATORIO para retirar el turno presentar DNI original, del solicitante sin excepción: NO se entregan turnos sin cumplir con este requisito. Además, es necesario conocer el diagnóstico específico del interesado.

Solo se extiende un turno por persona, excepto Padres, Madres o familiares directos que puedan comprobar vínculo, y que necesiten más de un turno.

Si Ud. pertenece a un organismo oficial o no oficial, ONG, agrupación o asociación, y necesita retirar más de un turno, deberá solicitar atención a través del personal destinado para tal fin.

### Beneficios.

El Certificado de Discapacidad otorgado por este Servicio Nacional de Rehabilitación brinda la cobertura de las Leyes N° 22.431 y N° 24.901, las que instituyen 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.

### **Utilidades que brinda el Certificado de Discapacidad:**

- TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS EN FORMA GRATUITA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL DECRETOS N° 38/2004 y N° 118/06 (En trenes, subtes, colectivos de la línea 1 a la 199 y micros de larga distancia):
- Trámite relacionado con RÉGIMEN DE ASIGNACIONES FAMILIARES (salario hijo con discapacidad).
- Trámites en OBRAS SOCIALES. Ley N° 24.901, 100% de cobertura en el tratamiento de la discapacidad certificada.
- EXENCIÓN DE IMPUESTOS.
- SÍMBOLOS INTERNACIONALES DE ACCESO
- EXENCIÓN DEL PAGO DE LA PATENTE
- OTROS

### Formato de un certificado de Discapacidad.

Ministerio de Salud y Consumo  
Servicio Nacional de Rehabilitación

Buenos Aires, .../.../...

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI: LE F U C I O: M \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: .../.../... Edad: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
REFERENCIA: \_\_\_\_\_

"LEY Nº 20.870 ANEXO 11: "En las Salas de Evaluación de Discapacidad se emitirá el primer informe que determine el estado de discapacidad".  
SI - NO (Cualquier que no correspondo): \_\_\_\_\_  
VÁLIDUZ DESU CERTIFICAZO: VIGENCIA: .../.../...

SE CONFIRMA CON LO DETERMINADO POR LA JUNTA MEDICA COMPRENSIVA  
ATENCION AL INTERESADO EN SU CENTRO DE SALUD, SERVICIO DE SALUD O EN SU CENTRO DE SALUD.

## **COMPETENCIA DE RESPONSABILIDAD LEGAL PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS.**

Para comenzar a entender la complejidad del manejo en auditoría médica en discapacidad debemos comenzar por las leyes más importantes que reglamentan estas prestaciones.

Dos leyes nacionales forman el marco normativo principal de la discapacidad: La primera de ellas (22.431) fue publicada en Marzo de 1981; la segunda (24.901), que no deroga, sino amplía a la anterior, fue publicada en Diciembre de 1997, es decir que entre una y otra han pasado 16 años y entre la última y hoy nota unos 12 años. Solo la ley 24.901 genera obligaciones prestacionales para los Agentes del Seguro de Salud, aunque las Obras sociales también son obligados aunque secundarios, por la ley 22.431.

Hay también que mencionar, que entre 1997 y 2009 han surgido una serie de decretos o brazos ejecutores de convenciones internacionales que pretenden ayudar a la mejor regulación del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) estima que entre un 7% y un 10% de la población padece de alguna discapacidad tanto en la Argentina como en el mundo y la tasa de desocupación entre la población con discapacidad es cuatro veces mayor al promedio general de la población.

Argentina no cuenta con estadísticas oficiales sobre la población discapacitada desde el censo de 1960 y el censo del 2001 incluyó solo dos preguntas relacionadas con la discapacidad, que es todo lo que tenemos como actual en estadísticas, y dista mucho probablemente de la realidad de la discapacidad en el país.

Desarrollaremos un análisis comparativo entre los puntos en común más importantes de ambas leyes, desarrollando principalmente los artículos más importantes de la ley 24.901-

### **2.1- Alcance de las prestaciones:**

Mientras el art. 1 de la ley 22.431 instituye un sistema de protección "integral" de las personas discapacitadas, la ley 24.901 lo menciona como un sistema de "prestaciones básicas de atención integral", aunque al final del artículo se refiere a la "cobertura integral a sus necesidades y requerimientos". El art. 1 de la ley 24.901 contempla "acciones de prevención, asistencia, promoción y protección", ampliando en este sentido las obligaciones de los prestadores a dos áreas no incluidas en la ley anterior: prevención y promoción, resultando la ley 22.431 de corte más asistencialista que preventivo. El art. 1 del decreto reglamentario 1193/98 garantiza la "universalidad de la atención de dichas personas (personas con discapacidad) mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática".

## 2.2.- Población alcanzada por la ley:

Mientras la ley 22.431 define en su artículo 2 al beneficiario (“A los efectos de esta ley se considera **discapacitada** a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”), la ley 24.901 en su artículo 9 (remitiendo al 2 de la ley anterior) casi textualmente, pero agregando “alteración funcional permanente o prolongada, **motora, sensorial o mental...**” eliminando la disyuntiva “física o mental”. En este sentido el legislador recepta los cuestionamientos a la idea de discapacidad centrada en el individuo, para redirigirla a la relación con su entorno.

## 2.3- Principales obligados:

La ley 22.431 establece en su artículo 4 que *“El Estado, a través de sus órganos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que estos, las personas de quienes dependan o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos...”* los servicios relacionados con la discapacidad. Es decir, las obligaciones de las Obras Sociales resultan subsidiarias- en principio- a que los demás que enumera no puedan afrontarlas. En cambio, el artículo 2 de la ley 24.901 es mucho más taxativo: *“Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1 de la ley 23660 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 las mismas”*. El artículo transcrito coloca en primer lugar a las Obras Sociales y el art 3 modifica en este sentido el artículo 4 de la ley 22.431 declarando que el Estado prestará los servicios a quienes no estén incluidos en el sistema de Obras Sociales, *“en la medida en que aquellas (los discapacitados) o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas”*. Es decir, dos sistemas: Quien sea beneficiario del sistema de Obras Sociales deberá reclamarlo de estas. Quienes no tengan cobertura social, será el Estado Nacional el obligado (expresamente lo declara el art. 4), entendemos, principal, en la medida en que no pueda hacerlo el discapacitado o sus personas encargadas.

La ley 23660 sancionada en diciembre de 1988, nos dice en su artículo 1 expresamente quienes quedan comprometidos a estas obligaciones:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación;



- c) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados; (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 23890 B.O. 30/10/90).
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2° inciso g) punto 4 de la ley 21.476;
- g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación;
- h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley.

A continuación comentaremos resumidamente las prestaciones básicas de la ley 24.901.

El artículo 13 determina que los beneficiarios “que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el art 22 inciso a) de la ley 24.314 (nota: Accesibilidad de personas con movilidad reducida. B.O. 12/04/94) tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial con auxilio de terceros cuando fuere necesario”, entendiéndose por tales, por ejemplo, a los acompañantes terapéuticos.

El Capítulo IV de la ley (artículos 14 a 18) titulado “Prestaciones Básicas” determina cinco tipos de prestaciones: a) Preventivas, b) de rehabilitación, c) terapéuticas d) educativas y e) Asistenciales. Sería excesivo desarrollarlas en este trabajo, por lo que nos remitimos a la lectura de la ley.

El capítulo V (artículos 19 a 28 ) titulado “**Servicios Específicos**”. Estos servicios son personales del discapacitado a diferencia de los del capítulo siguiente que incluyen al grupo familiar. Como primera norma, la ley establece en su artículo 19 que la enumeración de servicios es meramente enunciativa, pudiendo ser ampliados según algunos criterios concretos (ej. edad, situación socio-familiar, etc.). En forma resumida, estos servicios específicos incluyen:

- a) Estimulación temprana: para promover el desarrollo del niño con discapacidad.

- b) Educación inicial: Incluye la primera etapa de la escolaridad, entre los 3 y los 6 años, en escolaridad común o especial, si es posible.
- c) Educación general básica: Se desarrolla entre los 6 y los 14 años o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio especial o común. Este periodo es lo que se conoce normalmente como escolaridad (aunque por otra parte la ley no considera una barrera rígida el límite de edad indicado).
- d) Formación laboral: Su finalidad es la preparación adecuada de la persona con discapacidad para la inserción en el mundo laboral.
- e) Centro de día: Es un servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana.
- f) Centro educativo terapéutico: este servicio tiene como objetivo la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico y está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.
- g) Centro de rehabilitación psicofísica: El objeto es la estimulación de las capacidades remanentes de la persona con discapacidad través de rehabilitación en un centro especializado.
- h) Rehabilitación motora: Este servicio tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motriz. Este servicios incluye dos áreas: a) Tratamiento rehabilitatorio propiamente dicho y b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos.
- i) Atención odontológica integral: que abarcará desde atención primaria hasta técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación.

El Capítulo VI (incluye artículos 29 a 32) titulado “**Sistemas Alternativos al Grupo Familiar**”. Cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares.

El último capítulo de la ley es el VII (artículos 33 a 40) titulado “**Prestaciones Complementarias**” del que, entre otras cosas, se extraen otros importantes principios de interpretación de la ley. El artículo 33 prevé la prestación de una cobertura económica de ayuda al discapacitado a fin de facilitar la permanencia de la persona en el ámbito que resida y apoyar al beneficiario y a su grupo familiar **ante situaciones atípicas y de**

**excepcionalidad no contempladas en la ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/ rehabilitación e inserción socio laboral.**

El artículo 37 avanza sobre un álgido punto que es la atención psiquiátrica, donde se aseguran a las personas con discapacidad la cobertura de la discapacidad mental y la medicación necesaria en estos tratamientos, todo ello en forma integral y total.

El artículo 39 de la ley enumera una serie de servicios de cobertura social obligatoria que constituyen reglas de interpretación de la misma:

- a) *Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología.*
- b) *Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la ley.*
- c) *Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético hereditario.*

Las empresas de medicina prepaga están obligadas al igual que las obras sociales pero por la ley 24.754 y por el plan médico obligatorio.

La ley 27.754 sancionada en 1996 y que aparecen el boletín en 1997 dice en su único artículo 1, que las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga deberán cubrir como mínimo en sus planes coberturas asistenciales de igual manera que las de obras sociales conforme a lo establecido por la ley 23660, 23661 y 24455 y sus respectivas reglamentaciones.

## **CONCLUSIONES**

La persona con discapacidad tiene los mismos derechos que sus conciudadanos de la misma edad. 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.

La actividad legislativa en la materia ha avanzado significativamente a partir del año 1981, en que se sanciona la Ley nacional 22.431 –texto con contenido global- que acoge la definición legal de persona con discapacidad y las políticas implícitas en Salud, Educación, Trabajo, Seguridad Social y Accesibilidad.

Desde 1981 hasta hoy, muchas cosas han cambiado y aun hay muchas otras por modificar. La discapacidad representa en nuestro país y en el mundo en general un problema público y privado que afecta de innumerables maneras el gasto en salud.

Su incidencia crece, y el marco jurídico y legal no llega a actualizarse con esta realidad, lo que ocasiona múltiples choques entre el afiliado y su obra social o prepaga ocasionando un gran aumento de los recursos de amparo y medidas cautelares.

Es cierto también que si hay leyes, están para ser cumplidas, pero que lamentablemente a pesar de que de acuerdo a toda la legislatura vigente en nuestro sistema jurídico, las personas con discapacidad tienen derecho a una cobertura integral y total de todas las prestaciones, sea tanto por parte del Estado, las obras sociales y también las empresas de medicina prepaga, muchas veces estas normas no se cumplen y estos derechos no se respetan, lo que obliga a los beneficiarios a tener que reclamar el cumplimiento por la vía de la acción de Amparo en la justicia.

Es de vital importancia entonces que un auditor medico conozca la legislatura vigente y el marco legal de la discapacidad para poder equilibrar entre los derechos de los pacientes y las obligaciones que le competen a las empresas de salud.

Considerando además, que cualquier medida legal que tome el afiliado probablemente encarecerá aun mas los costos en salud, mientras que se podría negociar algo más equitativo y beneficioso para ambas partes, dejando al afiliado conforme en su petición y evitando medidas que perjudicaran el presupuesto de la empresa de salud.

**BIBLIOGRAFIA**

<http://www.cndisc.gov.ar/>

<http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/>

[http://www.indec.gov.ar/principal.](http://www.indec.gov.ar/principal)

[www.discapitados.org.ar/](http://www.discapitados.org.ar/)

“Discapacidad en el sistema de salud argentino”, Pablo Rosales