

## INTRODUCCION

Las cuestiones relativas a la política en materia de discapacidad de los regímenes de seguridad social, han despertado desde hace muchos años el interés por los aspectos de la atención de las necesidades de las personas discapacitadas.

La Carta de Rehabilitación Internacional para el decenio de 1980 promueve el examen de todos los regímenes de seguridad social con objeto de determinar si existe o no discriminación de las personas discapacitadas y si se ofrecen incentivos suficientes para su rehabilitación e independencia.

Las Naciones Unidas han incorporado la Carta de Rehabilitación Internacional al Programa Mundial de Acción de la ONU para la Década de los Minusválidos, 1983-1992, considerándose, una vez más, que las cuestiones del mantenimiento de los ingresos y de seguridad social son decisivas en cualquier tipo de medidas que pretendan conseguir, dentro de la sociedad, la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas.

Por otra parte, cada vez es mayor la importancia que le atribuyen los Estados a las políticas sobre discapacidad, sobre todo por la repercusión social y económica que éstas tienen, puesto que es el Estado el que debe constituirse en el responsable de la regulación y fiscalización para garantizar una cobertura prestacional equitativa para todos.

Se calcula que hay en el mundo más de 500 millones de personas con algún tipo de discapacidad a los cuales se les debe reconocer los mismos derechos y brindar iguales oportunidades que a todas las demás personas. Estas cifras se ven acrecentadas por la falta de políticas activas de prevención y programas integrales de recuperación y rehabilitación de la salud.

Es esencial reconocer que, sin perjuicio de la existencia de importantes diferencias en las políticas nacionales, todos los sistemas para discapacitados se enfrentan en la actualidad, a una serie de cuestiones generales básicas que ninguno ha conseguido resolver satisfactoriamente. No obstante, es común a todos ellos la experimentación con distintas políticas y estrategias con miras a la resolución de dichos problemas.

Los temas planteados se centran en los tipos de programas disponibles, los criterios utilizados para evaluar la admisibilidad, la repercusión de los cambios del mercado laboral y la relación con la rehabilitación profesional. Asimismo, en todos los países se están replanteando los objetivos básicos de los programas, a fin de determinar si siguen atendiendo a las necesidades de una población discapacitada en constante aumento, incluidas las familias afectadas, puesto que la

disponibilidad de recursos económicos no alcanzan para satisfacer la demanda irrestricta.

**Las causas y prevalencia varían de un país a otro, ya que las mismas responden a consecuencias sociales, económicas y culturales y se pueden sintetizar en:**

1. Las guerras y sus consecuencias
2. Los terremotos y otras catástrofes naturales
3. La contaminación del medio ambiente
4. Los accidentes laborales o con los medios de transportes
5. Las poblaciones con alto porcentaje de analfabetismo y la escasa toma de conciencia en materia de servicios sociales básicos o de medidas sanitarias y educativas (sobre todo los referentes a discapacidades).
6. La elevada proporción de familias empobrecidas, hacinadas y con deplorables condiciones de vida.
7. Los programas inadecuados de asistencia y servicios de atención primaria de la salud.
8. La falta o deficiente distribución de los recursos, las distancias geográficas y las barreras sociales que impiden a mucha gente acceder a los servicios disponibles.
9. La deficiencia en la infraestructura de servicios relativos a asistencia social, sanidad, educación, formación profesional y empleo.
10. El tratamiento incorrecto de lesionados en momentos de catástrofe
11. El uso imprudente de medicamentos y drogas ilícitas
12. El stress y otros problemas psicosociales inherentes a la evolución de las sociedades.

El 12 de noviembre de 1981 se produce la Declaración de Leeds Castle sobre la prevención de las deficiencias, en donde un grupo internacional de expertos (hombres de ciencia, médicos, sanitaristas y políticos) introducen las siguientes medidas prácticas para la prevención de la discapacidad:

- ◆ Las deficiencias que se originan por nutrición deficiente, infecciones y desatención pueden prevenirse con una mejora de poco costo en la atención primaria de la salud.
- ◆ Muchas disposiciones futuras se pueden aplazar o evitar. Existen prometedoras líneas de investigación respecto al control de factores hereditarios degenerativos.
- ◆ La discapacidad no tiene necesariamente que originar minusvalía. El fracaso en la aplicación de las soluciones sencillas aumenta muy a menudo la discapacidad y las prácticas institucionales de la sociedad incrementan la probabilidad de que aquella coloque a los individuos en situación desventajosa. Se requiere con urgencia una educación permanente del público y de los profesionales.

- ◆ La discapacidad susceptible de ser evitada es una causa primordial de despilfarro económico y carencias humanas en todos los países, tanto industrializados como en desarrollo. Esta pérdida se puede reducir con rapidez. La tecnología que impedirá o superará la mayoría de las discapacidades existe y va perfeccionándose. Lo que se requiere es que la sociedad se proponga ir resolviendo los problemas. En los programas sanitarios nacionales e internacionales se deben modificar las prioridades a fin de lograr una divulgación de conocimientos y tecnología.
- ◆ Si bien la tecnología para prevenir y remediar la mayor parte de las discapacidades ya existe, el notable progreso de la investigación biomédica promete instrumentos nuevos revolucionarios, que robustecerán en gran medida todas las intervenciones. Tanto la investigación básica como la aplicada merecen apoyo durante los años venideros.

Ya hemos expresado que el análisis de la población con discapacidad debe efectuarse dentro del contexto del desarrollo social, económico y cultural de cada región. No obstante ello, la responsabilidad de mejorar y modificar las condiciones que conducen a la aparición de las deficiencias y tratar sus consecuencias, debe recaer en los gobiernos. Ello no quita ni invalida la co-responsabilidad de la sociedad en su conjunto, a través, por ejemplo, de las organizaciones no gubernamentales: explicitando las necesidades, sugiriendo soluciones adecuadas, proporcionando servicios complementarios a los dispuestos por el gobierno y fundamentalmente promoviendo la participación de la ciudadanía.

En este sentido, la participación de todos los sectores de la población en la provisión de recursos materiales y financieros para las distintas zonas geográficas, sin exclusión, provoca una mejora en los servicios comunitarios, mejora las oportunidades económicas y hace honor a una solidaridad bien entendida.

La discapacidad es una condición congénita o adquirida que determina una disminución diferencial en las capacidades de un ser humano para el desarrollo social. En nuestro país se ha buscado un marco jurídico para las personas con discapacidad, en especial las leyes 22.431 y 24.901 en donde se disponen una serie de obligaciones al estado y en especial para los agentes del seguro incluidos en la Ley 23.660, como los organismos responsables del financiamiento de estas prestaciones. Entre estas obligaciones y además de lo inherente a las prestaciones médicas, figuran como prestaciones obligatorias la educación diferencial, la recalificación y la reinserción laboral, cuestiones que claramente sobrepasan las posibilidades económicas de los agentes del seguro, colocándolos en una difícil posición, siendo un factor más de desbalance y desequilibrio, acrecentando la crisis y poniendo en riesgo la viabilidad del sistema.

Pero tal vez lo más inequitativo sea la distribución de los escasos recursos, en donde la población discapacitada se ve amparada por las leyes enumeradas, y la población "no discapacitada" está sujeta a un programa de prestaciones restrictivo.

En consecuencia, el objetivo del análisis no es que las personas con discapacidad pierdan algún derecho adquirido por ley, sino el de encontrar y adecuar las posibilidades actuales para que toda la población, discapacitada y no

discapacitada goce de los beneficios de un programa único, financiado por los actores adecuados y donde prime la equidad en la cobertura.

## MARCO CONCEPTUAL

La necesidad de evitar palabras o frases que han adquirido un sentido peyorativo ha sido una batalla constante mantenida por las personas con deficiencias, especialmente en el caso de personas con deficiencia mental. El término “lisiado” fue sustituido por “discapacitado” y actualmente por el de “personas con capacidades diferentes”, que sin duda aparece como el más apropiado.

De acuerdo a las definiciones dispuestas por la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, publicada por la OMS en 1980), se deben diferenciar tres conceptos distintos:

Deficiencias: una deficiencia se define en el contexto de la experiencia de la salud como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los componentes de la función mental.

La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y en principio, refleja perturbaciones a nivel órgano.

Discapacidad: una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes; reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad represente la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel persona.

Minusvalía: una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, el sexo, factores sociales y culturales).

La minusvalía está relacionada con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa la socialización de una deficiencia o discapacidad, y como tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales.

Aunque la CIDDMM pueda ser perfeccionada en algunos detalles, si se adoptaran sus definiciones básicas y se utilizara la terminología apropiada en los programas de prestaciones, se clarificaría el entendimiento de estos aspectos a nivel nacional e internacional.

***Otra manera de clasificar a las discapacidades es de acuerdo a la esfera de repercusión en:***

Mental: es aquella que sufre una persona que tiene una disminución de sus facultades mentales o intelectuales.

Sensorial: es aquel que se halla privado con una disminución de algunos de sus sentidos (visión, audición, etc.).

Motora: Es cuando la alteración es en la esfera de la motricidad y por ende estas personas tienen dificultad en el manejo de su cuerpo.

Visceral: como consecuencia de la afección física las personas tienen limitaciones sin posibilidad de una vida plena, a pesar de no tener alteraciones mentales, motrices o sensoriales, (diabéticos, cardíacos, etc.).

***Para completar este marco conceptual, transcribimos lo consensuado por un grupo de países acerca de una serie de derechos para las personas discapacitadas, que expresan la voluntad de protección e integración de las personas con capacidades diferentes:***

**Derechos de la persona con retraso mental**

La persona con retardo mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.

El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y al tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes residuales.

El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho en la medida de sus posibilidades a desempeñar un empleo productivo o alguna ocupación útil.

De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los niveles de la vida normal.

El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado, cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y de sus bienes.

El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.

Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o suspensión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o suspensión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

### **Derechos de las personas con discapacidad**

El término “personas discapacitadas” significa cualquier persona imposibilitada de asegurarse total o parcialmente por sí misma las necesidades de un individuo normal y/o una vida social, como resultado de una deficiencia, sea congénita o no, en su capacidad física o mental.

Las personas discapacitadas gozarán de todos los derechos establecidos en esta declaración. Estos derechos deben ser dados a todas las personas discapacitadas si ninguna excepción, sea cual fuere, y sin distinción o discriminación en base a raza, color, sexo, idioma, religión, política y otros motivos, origen social o nacional, situación económica, nacimiento o cualquier otra situación aplicada, ya sea a la persona discapacitada o a su familia.

Las personas discapacitadas gozarán de todos los derechos inherentes al respeto por su dignidad humana. Los discapacitados, cualesquiera que sean su origen, naturaleza y seriedad de su impedimento e incapacidad, tienen los mismos derechos fundamentales como sus conciudadanos de su misma edad, lo cual implica primero y sobre todo, el derecho a una vida decente, tan normal y plena hasta donde sea posible.

Las personas discapacitadas tienen los mismos derechos civiles y políticos que otros seres humanos: el artículo 7 de la Declaración de los Derechos de las Personas Retrasadas Mentales se aplica a cualquier posible limitación o suspensión de esos derechos a personas mentalmente discapacitadas.

Las personas discapacitadas están sujetas a las medidas concebidas para permitirles llegar a ser tan suficientes como sea posible.

Las personas discapacitadas tienen derecho a tratamiento médico, psicológico y a ejercicios, incluyendo aparatos ortopédicos y prótesis, a rehabilitación médica y social, educación, educación vocacional, entrenamiento y rehabilitación, ayuda, conserjería, servicios de colocación y otros servicios, los cuales los capacitarán para desarrollar el máximo su aptitud y destreza y apresurará el proceso de integración o reintegración social.

Las personas discapacitadas tienen derecho al seguro social, económico y a un nivel decente de vida. Tienen derecho, de acuerdo a su capacidad, a conseguir trabajo y retenerlo, a comprometerse en una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a asociarse en gremios o sindicatos.

Las personas discapacitadas tienen derecho a que sus necesidades especiales sean tomadas en consideración a todos los niveles de planteamiento económico y social.

Las personas discapacitadas tienen el derecho a vivir con sus familiares o con sus padres adoptivos, a participar en todas las actividades sociales, creativas y de recreación. Ninguna persona discapacitada debe estar sujeta, hasta donde su residencia lo permita, a tratamiento diferencial del adquirido por su condición o por la mejoría que pueda derivar de eso. Si la permanencia de una persona discapacitada en un centro especializado es indispensable, el ambiente, las condiciones de vida existentes en ese lugar deben ser lo más parecido posibles a las condiciones de vida de una persona de esa edad.

Las personas discapacitadas deben estar protegidas de toda explotación, de todo trato y regulación discriminatorio, abusivo o de naturaleza degradante.

Las personas discapacitadas deben poder conseguir ayuda legal calificada cuando tal ayuda sea indispensable para la protección de su persona y de sus propiedades. Si se instruye un proceso judicial en su contra, el procedimiento debe tener en consideración la incapacidad física y mental de la persona.

Las organizaciones de personas discapacitadas deben ser consultadas sobre los asuntos relacionados con los derechos de las personas discapacitadas.

Las personas discapacitadas, sus familiares y comunidades, deben recibir información completa, por todos los medios apropiados, de los derechos contenidos en esta Declaración.

### **Derechos de las personas con limitaciones sensoriales**

Toda persona con limitaciones auditivas y visuales ha de tener la posibilidad de disfrutar de los derechos universales que se garantizan a los derechos de todos los seres humanos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los



derechos que se reconocen a todas las personas discapacitadas en la Declaración de los Derechos de las personas con Discapacidad.

Tienen derecho a esperar que todos los gobiernos, administradores, el personal de enseñanza y readaptación, y el público en general, reconozcan y respeten su capacidad y sus aspiraciones de llevar una vida normal en el seno de la comunidad y su aptitud para hacerlo.

Tiene derecho a recibir la mayor atención y asistencia médica posible para la recuperación de la vista y del oído, así como los servicios necesarios para utilizar la capacidad visual y auditiva que tenga, incluso la provisión de los instrumentos ópticos y auditivos auxiliares más eficaces, el tratamiento foniátrico cuando proceda, y otras formas de readaptación encaminadas a asegurarles el máximo de su independencia.

Tiene el derecho a gozar de la seguridad económica que le garantice un nivel de vida satisfactorio y a conseguir trabajo adecuado a su capacidad y a sus aptitudes o a dedicarse a otras tareas útiles, para las que se facilitarán la educación y capacitación necesarias.

Tendrá derecho a llevar una vida independiente como miembro integrado de la familia y de la comunidad, incluso el derecho a vivir por su cuenta o a casarse y fundar una familia. Cuando una persona con limitaciones auditivas y/o visuales viva en el seno de una familia, las autoridades competentes presentarán el mayor apoyo posible a toda la unidad familiar. Si se considera aconsejable la atención institucional, el medio y las condiciones en que ésta se preste se asemejarán lo más posible a los de la vida normal.

Tendrá derecho a los servicios gratuitos de un intérprete por cuyo intermedio pueda expresarse en forma efectiva y para mantener el contacto con los demás y con el ambiente que lo rodea.

Tendrá derecho a recibir noticias de la actualidad, información y material de lectura y educativo a través de medios y formas que puedan captar. Se suministrarán los elementos técnicos que puedan resultar útiles para este fin y se alentará la investigación en esta esfera.

Tendrá derecho a dedicarse en su tiempo libre a actividades recreativas que se pondrán a su alcance, así como el derecho y la oportunidad de organizar sus propios clubes o asociaciones para su perfeccionamiento personal y el mejoramiento de su situación social.

Tendrá el derecho a que se le consulte sobre todas las cuestiones que le interesen directamente y a contar con ases.

## **MARCO LEGAL**

En relación al encuadre normativo, cabe mencionar que nos referiremos a los siguientes instrumentos:

- ◆ Ley 22.431 (Sistema de protección integral de los discapacitados) y su Decreto reglamentario 762/98.
- ◆ Ley 24.901 (Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad) y su Decreto reglamentario 1193/98
- ◆ Resolución 01/98 APE
- ◆ Resolución 400/99 APE
- ◆ Resolución 500/04 APE
- ◆ Resolución 428/99 MS y AS

### **Población beneficiaria**

Se consideran ciudadanos discapacitados los comprendidos en el artículo 2º de la Ley 22.431 y en el Capítulo III artículo 9º de la Ley 24.901.

**Art 2º.-** 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 con su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral.

**Capítulo III – Art. 9º** - Entiéndase por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral.

### **Financiamiento de las prestaciones**

**Ley 24.901 – Art. 7º** - Las prestaciones previstas en esta ley se financiarán del siguiente modo. Cuando se tratare de:

- a) Personas beneficiarias del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidas en el inciso a) del artículo 5º de la ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inciso b) del presente artículo, con recursos provenientes del Fondo Solidario de redistribución a que se refiere el artículo 22 de esa misma ley.
- b) Jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias.

- c) Personas comprendidas en el artículo 49 de la ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación Laboral previsto en el punto 6 del mismo artículo.
- d) Personas beneficiarias de las prestaciones en especie previstas en el artículo 20 de la ley 24.557 estarán a cargo de las aseguradoras de riesgo del trabajo o del régimen de autoseguro comprendido en el artículo 30 de la misma ley.
- e) Personas beneficiarias de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, excombatientes ley 24.310 y demás personas con discapacidad no comprendidas en los incisos precedentes que no tuvieren cobertura de obra social en la medida en que las mismas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, con los fondos que anualmente determine el presupuesto general de la Nación para tal fin.

**Ley 23.661 – Art. 5º** - Quedan incluidos en el seguro

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.
- b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fije la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.
- c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentran sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remunerativas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

**Tipo de Prestaciones**

En la ley 24.901, en el Decreto 762/98 y en las Resoluciones 400/99 y 428/99 se enumeran los tipos, alcances y valores de referencia de las prestaciones, cuyo resumen es el siguiente:

- Art. 14: Prestaciones preventivas
- Art. 15: Prestaciones de rehabilitación
- Art. 16: Prestaciones terapéuticas educativas
- Art. 17: Prestaciones educativas
- Art. 18: Prestaciones asistenciales
- Art. 20: Estimulación temprana
- Art. 21: Educación inicial
- Art. 22: Educación general básica
- Art. 23: Formación laboral
- Art. 24: Centro de día
- Art. 25: Centro educativo terapéutico
- Art. 26: Centro de rehabilitación psicofísica
- Art. 27: rehabilitación motora
- Art. 28: Atención odontológica integral

### **Cobertura económica**

Art. 2: 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.

Art. 33: - Cobertura económica. Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económicamente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, o persiguiendo los siguientes objetivos:

- a) Facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir
- b) Apoyar económicamente a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio-laboral, y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación.

El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

Art. 34: Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultad en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren, conforme la evaluación y orientación estipulada en el artículo 11 de la presente ley.

### **Prestaciones complementarias**

Art. 27: Rehabilitación motora

Art. 35: Apoyo para acceder a las distintas prestaciones

Art. 36: Iniciación laboral

Art. 37: Atención psiquiátrica

Art. 38: medicamentos o productos dietoterápicos específicos

### **Del alcance familiar**

Art. 30: Residencia

Art. 31: Pequeños hogares

Art. 32: Hogares

**Comentario:** En concordancia con el artículo 7º de la ley 24.901, queda establecido que el financiamiento se efectúa a través de los agentes del seguro, los que pueden gestionar el recupero de las prestaciones ante la Administración de Programas Especiales, quien reembolsará lo solicitado de acuerdo a su disponibilidad financiera, no estando obligado a hacerlo de otro modo. Queda claramente delimitado entonces, que los agentes del seguro son los únicos responsables de dar la prestación y financiarlas de acuerdo a la normativa vigente. Esta situación plantea un escenario ciertamente inequitativo que conspira contra la sustentabilidad económica del subsector de obras sociales, y expresa una delegación por parte del Estado de obligaciones primarias, que son inherentes a su función.

## SITUACION EN LA ARGENTINA

Uno de cada cinco hogares de la Argentina alberga al menos a una persona con discapacidad. Así lo revelan los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI), la primera de este tipo en el país y en América latina.

El 7,1% de la población tiene alguna discapacidad: en números absolutos, son 2.176.123 personas.

Los datos fueron relevados entre noviembre de 2002 y abril de 2003 en una muestra de unos 67.000 hogares urbanos de todo el país, en localidades de al menos 5.000 habitantes, lo que representa al 84% de la población total. La ENDI, complementaria del Censo 2001, tiene como objetivo "cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana dentro de su entorno físico y social".

La ENDI resultará un instrumento valioso para conocer, que causas son las que originan esas discapacidades, cual es su prevalencia, su distribución, etc. Estos datos por su integralidad, nos permitirán predecir el comportamiento de esta problemática y por lo tanto ayudarán a adoptar medidas de promoción y prevención, focalizadas y eficaces.

"Durante muchos años, el argumento del Estado para no realizar acciones en este área fue que no sabíamos de qué población hablábamos. Ahora están los números que nos permiten empezar a generar cosas concretas

Hay más mujeres con discapacidad que hombres: 53,6% y 46,4% respectivamente (es preciso recordar que el 52% de la población argentina son mujeres). El 11,7% de las personas con alguna discapacidad tiene menos de 15 años, el 48,5% tiene entre 15 y 64 años, y el 39,8% restante (866.258) tiene 65 años o más.

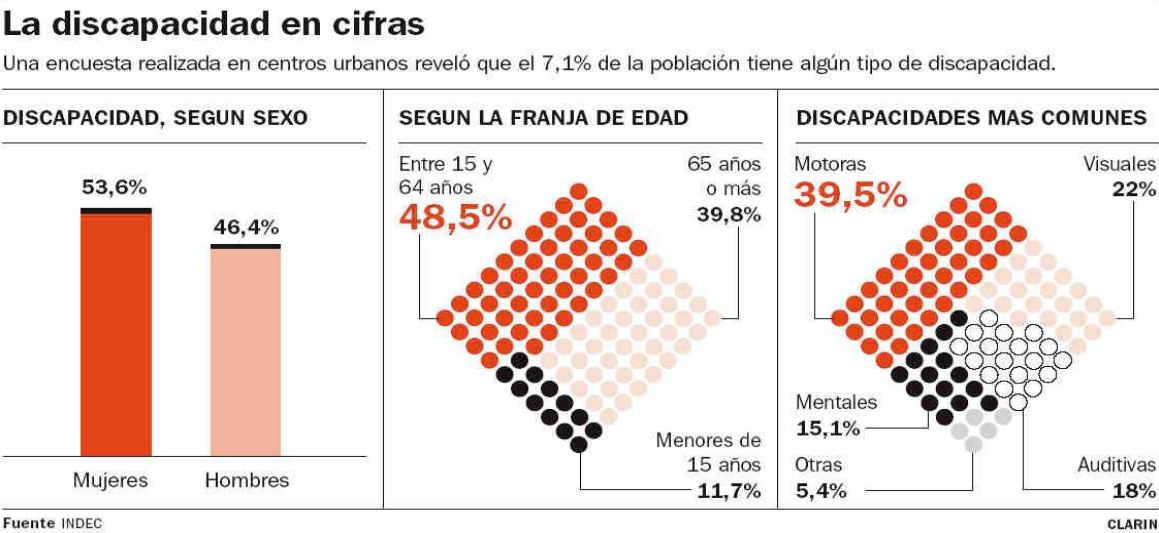
Las discapacidades más frecuentes son las motoras (39,5% ), con predominio de afectación de los miembros inferiores (61,6% ).

Les siguen las visuales (22% ), las auditivas (18% ) y las mentales (15,1% ). Entre estas últimas, el 63,2% son retrasos mentales y el 36,8% problemas mentales, como psicosis infantil o autismo.

Hasta aquí, las cifras de la encuesta son similares a las de los países desarrollados, con los que Argentina comparte el promedio de expectativa de vida. Pero otros datos llaman la atención: en el 43,9% de los casos, la persona con discapacidad es el jefe o la jefa de hogar; en el 23,6% se trata de hijos, y en el 16,7% del o de la cónyuge.

En la Argentina no hay una estrategia de atención, porque la discapacidad nunca fue parte de la agenda nacional de salud. Y sin embargo empieza como un problema de salud, pero cuando nadie le da respuesta se transforma en un problema social".

Hoy, el Estado ha comenzado a asumir la función que le corresponde para minimizar el problema y mejorar la calidad de vida de estas personas. No hace falta tecnología de última generación, sino una estrategia que permita llegar a todos, con acceso fácil y a partir de los recursos económicos reales”.



Detallamos a continuación números relativos a una Obra Social de origen sindical, con una población de 30.000 afiliados, distribuidos a nivel nacional. Los datos graficados a continuación nos muestran que el gasto en discapacidad en esta Obra Social es inferior al porcentaje de discapacitados existentes. Se puede atribuir dicho gasto a un desconocimiento por parte del afiliado como también la imposibilidad en la accesibilidad a los servicios prestacionales. Encontramos también un alto porcentaje en afiliados que no renuevan su certificado de discapacidad, suponiendo que estas personas hacen uso de las prestaciones a través del Hospital Público.

## **CONCLUSIONES**

Es evidente que debería existir una relación más estrecha entre los programas a corto y a largo plazo, y que se requiere una mayor coordinación entre las prestaciones públicas y las privadas.

Asimismo, aunque los criterios médicos y sociales siguen determinando en gran parte la admisibilidad en las prestaciones por discapacidad, en todos los países se observa una tendencia hacia la utilización de métodos de evaluación funcional, en el marco de un esfuerzo por determinar de manera más precisa la capacidad de obtención de ingresos que, a su vez, repercute en las medidas de rehabilitación.

Más allá de otras consideraciones, en nuestro país, la realidad demuestra día a día que no existe relación entre los aportes en concepto de recaudación y el gasto prestacional, lo que demuestra la gran dificultad en la financiación de modelo propuesto como sistema único de los beneficiarios discapacitados a cargo de las obras sociales.

Bien es sabido que el régimen de la seguridad social se encuentra en una grave crisis de desfinanciamiento global, a pesar de lo cual se han incluido bajo la responsabilidad de los agentes del seguro prestaciones que no solamente son de índole médico asistenciales, sino también educativas, laborales, económicas y sociales. Esta situación, para la cual muchas obras sociales no se encuentran preparadas para dar respuesta satisfactoria, incrementa el desfinanciamiento y torna inviable el cumplimiento la implementación del sistema de protección al discapacitado.

Por otra parte, no se ha adecuado el grado y tipo de discapacidad a la oferta de prestaciones, de modo que la sola determinación de la condición de discapacitado otorga al afiliado toda la amplia gama de cobertura, en entidades de padecimiento crónico, en contraposición con el PMO (Res. 247/96, 939/00 y 201/02) que apunta fundamentalmente a patologías agudas y subagudas, poniendo topes por afiliado y por año para prestaciones de rehabilitación física y mental.

Otra consideración de importancia versa sobre la pericia y oportunidad de aquellos responsables de otorgar el certificado de discapacidad. En la práctica diaria, en muchas ocasiones nos enfrentamos con pacientes, por ejemplo epilépticos o parkinsonianos, a los cuales el certificado de discapacidad los habilita para el reclamo de los beneficios que otorga la ley, pero que en determinados casos, este beneficio resulta desmedido de acuerdo al desenvolvimiento físico y social de los pacientes.



## **PROPUESTAS**

Redefinir la legislación vigente de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.

Adecuar las prestaciones de acuerdo al tipo y grado de discapacidad, otorgando los beneficios de la cobertura solamente a aquellos aspectos relacionados directamente con la disminución o ausencias de capacidades.

Fortalecer el sistema de información que permita la obtención de tasas de utilización y distribución fidedignas y desarrollar herramientas de gerenciamiento para la toma de decisiones a nivel nacional.

Las Obras sociales deben garantizar las prestaciones médico asistenciales de sus afiliados con discapacidades. No se debiera recargar en los agentes del seguro la responsabilidad de la cobertura en prestaciones educativas, económicas, sociales, familiares o laborales. En este sentido, es el Estado quien debe dar la respuesta adecuada a través de sus diversos organismos.

Formular un nuevo Programa Médico Obligatorio, en donde se incluyan las prestaciones para la totalidad de la población, capacitada y con capacidades diferentes, garantizando las prestaciones especiales para aquellos que por su patología lo requieran.

# **Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán**

*Director: Dr. Agustín Orlando*

## **Seguridad Social**

**“Seguridad Social para discapacitados. El rol  
de los Agentes del Seguro”**

**Año 2005**

## **INDICE**

<b>Introducción</b>	pág.	1
<b>Marco Conceptual</b>	pág.	5
<b>Marco Legal</b>	pág.	10
<b>Situación en la Argentina</b>	pág.	14
<b>Consideraciones</b>	pág.	16
<b>Propuestas</b>	pág.	17

# **HOSPITAL ALEMÁN**

**Curso: Auditoria Médica**

**Director: Dr. Agustín Orlando**

**Alumno: Lopreiato Nicolás A.**

**DNI: 22.885.893**

**Año 2005**