



DISCAPACIDAD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. ASPECTOS NORMATIVOS

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal

Director de la Carrera: Prof. Dra. María Teresa Ratto Nielsen

Autor: Patricia Fuentes

Director del Trabajo: Dr. Miguel A. Parreño

Año 2014

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
DESARROLLO	5
EL TRATAMIENTO DE MINUSVALÍAS EN LAS SOCIEDADES.....	5
Las discapacidades en la historia	5
Prehistoria y antigüedad.....	5
Edad media	9
Edad moderna	10
Del campo a la metrópoli	13
La globalización y el choque cultural	14
CAMBIO DE PARADIGMA.....	15
La discapacidad en la Argentina.....	16
CUD y DESCENTRALIZACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD CON VALIDEZ NACIONAL	21
CLASIFICACION SEGÚN LA OMS	24
MODELO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.....	26
CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD	31
Protocolo de Evaluación.....	31
DISCAPACIDAD UN MUNDO DESCONOCIDO POR LA MAYORIA	37
LA SITUACION EN ARGENTINA.	37
LEGISLACION VIGENTE EN NUESTRO PAIS.....	39
.....	39
Leyes Vigentes	41
Ley 22.431	42
Ley 24.901	42
Resolución 400/99 APE	44
Resolución 428/99 APE	45
COMPETENCIA DE RESPONSABILIDAD LEGAL PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS.....	45
Alcance de las prestaciones.....	46
Población alcanzada por la ley	47
Principales obligados.....	47
CONCLUSIÓN	53
BIBLIOGRAFÍA.....	55

INTRODUCCIÓN

La discapacidad en Argentina representa hoy un importante tema dentro de la salud pública y privada. Actualmente, atendemos a un cambio de paradigma en lo que respecta a esta temática. ¿Cuál es la naturaleza de este cambio en la manera de entender la discapacidad, y por ende a las personas con discapacidad? La migración de una concepción basada en un enfoque médico o vinculado a la beneficencia para pasar a la adopción de un punto de vista que enfoca la discapacidad desde la óptica de los Derechos Humanos. En el plano mundial, se ha producido este cambio de perspectiva, pues ya no es el enfoque centrado en la salud o en la caridad sino que son los Derechos Humanos desde donde se parte a la hora de analizar la discapacidad. Esto tiene como punto de anclaje el considerar sujetos, y no objetos, a las personas con discapacidad.

Según la OMS (Organización Mundial de Salud), la Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para formar parte en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Entonces, la documentación médica es el medio por el cual se da testimonio de la realización de una actividad médica, siendo el Certificado Médico un documento declarativo en cuanto al contenido, y que debe ser expresado por escrito en un elemento durable. De acuerdo a su naturaleza jurídica un

certificado es un testimonio escrito realizado, comprobado y ejecutado por quien ha intervenido en el hecho que describe.

La Ley de Ejercicios de la Medicina n° 17.132 considera en su artículo 19 la extensión de los certificados como una de las “Obligaciones de los Médicos”; por otro lado, el Certificado Médico Falso, contenido en el Código Penal, constituye una figura delictiva denominada “Falsificación de Documento”, que se contempla en el artículo 296.

Finalmente, el Certificado de Discapacidad tiene la categoría de Certificado Oficial, ya que responde a la condición de extenderse para dar cumplimiento a disposiciones legales que lo exigen ya que en nuestro país la acreditación de la discapacidad para acceder a los derechos y beneficios incluidos en las normas se realiza mediante su certificación.

En el presente trabajo, se intentará dar cuenta, principalmente de las cuestiones normativas de la discapacidad en la República Argentina; comenzando con un recorrido por la historia ponderando los cambios y la amplitud del concepto de discapacidad, desde la Edad Media hasta nuestros días.

PALABRAS CLAVE

**DISCAPACIDAD – CAMBIO DE PARADIGMA - NORMATIVAS VIGENTES -
LEGISLACIÓN NACIONAL**

DESARROLLO

EL TRATAMIENTO DE MINUSVALÍAS EN LAS SOCIEDADES

En las distintas sociedades las minusvalías han sido consideradas de manera muy variada, pero prácticamente siempre en un carácter diferenciador. La discriminación intrínseca a la que se ve sujeta una persona minusválida, no es pareja en todas las sociedades y puede tener efectos totalmente opuestos. De esta manera, indica Fainblum (2008 - "Un enfoque crítico de las concepciones iatrogénicas: sujeto con una discapacidad vs. Sujeto discapacitado". En *Discapacidad, una perspectiva clínica desde el Psicoanálisis*. 2º Edición. Ed. La nave de los locos. Buenos Aires) que una persona anciana era vista en muchas culturas aborígenes como un ejemplo de sabiduría, por lo cual era respetada y cuidada aún presentando usualmente discapacidades funcionales. En la cultura actual, por el contrario, es considerada muchas veces como una carga de la que se tiene la obligación de mantener, siendo el Estado quien posiblemente se convierte en el único protector de las mismas. A continuación, se trabajarán las relaciones de los discapacitados con las distintas sociedades, con el objetivo de comprender la evolución de las mismas y las condiciones restrictivas presentes en cada una.

Las discapacidades en la historia

Personas con discapacidad existieron siempre, lo que ha ido cambiando es la apreciación de la misma a lo largo del tiempo, en distintas partes del mundo y en las distintas culturas. A lo largo de la historia con diferentes enfoques se hace presente la discapacidad en todas las sociedades y ya desde la prehistoria existen pruebas que demuestran la existencia de la misma.

Prehistoria y antigüedad

El primer indicio se registró en la sierra de Atapuerca, donde se detectó esqueleto momificado de un *homo-hedilbergensis* que, según estudios realizados, sufría de sordera por una infección grave del oído, que le tapaba el conducto auditivo. El siguiente hallazgo corresponde al período paleolítico

Los aborígenes y la valoración de los ancianos

Fuente:

<http://tunkasila-centro.blogspot.com>



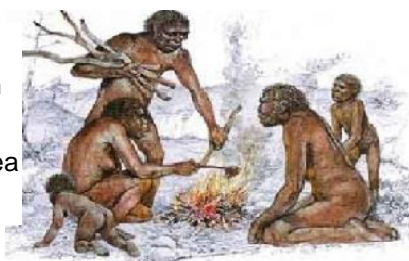
medio, momento en que habitó en Europa y parte de Asia occidental el *neandertal*. En este caso se detectó que, prácticamente, en todos los adultos encontrados se observaban señales de enfermedades articulares degenerativas, causadas por el estilo de vida que llevaban a fin de poder sobrevivir a las condiciones climáticas adversas.

Sin embargo, el descubrimiento más relevante de la prehistoria para el estudio se da, en 1908, en el sur de Francia, donde se descubrió un *homo sapiens* de entre 50 y 55 años, espécimen bautizado Anciano por haber superado en edad a sus congéneres treintañeros. El mismo tenía artritis, mal degenerativo que afectaba a las articulaciones por lo cual su forma de andar y moverse era muy particular. Además, contaba con la pérdida generalizada de los dientes pero

Protección del clan

Fuente:

<http://www.blogodisea.com/historia/>

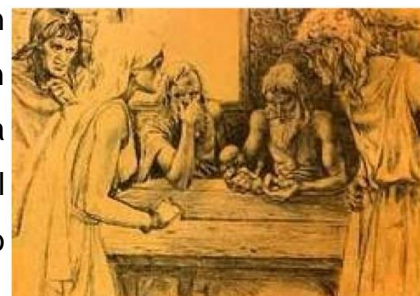


aún así pudo sobrevivir gracias a la protección y ayuda del clan, detectándose así por primera vez en la historia la aparición de situaciones de dependencia o cuidados entre los distintos individuos. Cabe aclarar que los neandertales encontrados entre 1957 y 1961 con discapacidades muy acentuadas, eran

útiles a la comunidad aportando su trabajo al grupo probablemente en el tratado de pieles, como se deduce por sus dientes gastados hasta la raíz. En la antigüedad por otro lado, asegura Fernández-Iglesias (Fernández Iglesias, J. *La imagen social de las personas con discapacidad*. 1ª Edición. Madrid: Cinca. 2008), la discapacidad no tenía cabida en los pueblos dado que buscaban un modelo físico de persona para cumplir con sus objetivos. En Esparta por ejemplo, indica Fainblum (2008) con el objetivo de reforzar su poderío militar, dedicaban su vida a la milicia y si presentaban defectos que le impidieran servir como soldados eran considerados inútiles, por lo que cuando nacían eran arrojados a una caverna del monte Taigeto. En Atenas, donde también se practicó el infanticidio, Aristóteles impulsaba ya una ley que prohibiera la crianza a los hijos de lisiados en su libro *La Política* y Platón, por su parte, sostenía que debían eliminar a los débiles, limitados o discapaces. Allí no es sino de la mano de Pericles que se comenzó a atender a enfermos y desvalidos en hospitales o casas de convalecientes.

Coriat (Coriat, S. A. 2008. *Lo urbano y lo humano*. 1ª Edición. Buenos Aires:

Universidad de Palermo) afirma que también en la antigua India ya sean los niños que nacían con alguna deformidad o los adultos con una discapacidad adquirida eran arrojados al Ganges. Pero es en Roma donde el infanticidio



ya tenía carácter legal con la Ley de las Doce Tablas (541 - 540 a. de C.), en las que se establecía que el padre podría matar a su hijo con discapacidad inmediatamente después del

Comisión examinadora determinando si será sacrificado

Fuente:

<http://mpfiles.com.ar/ca/Esparta.htm>

nacimiento. Esta práctica fue común en la decadencia del Imperio Romano, aunque también se elegía abandonarlos o arrojados al río Tiber en cestas. En este período se genera además un hecho contradictorio dado que, aún cuando usualmente se los desprecia, se producen diversos actos para alcanzar artificialmente la discapacidad. Entre ellos se destaca la práctica de mutilación

de los esclavos para aumentar su valor imponiéndoles la función de mendigos discapacitados. Aunque quizás el acto más cruel y salvaje en la antigüedad era lograr la discapacidad para diversión y capricho de clases pudientes condenando a niños al enanismo. Para ello, los encerraban en ánforas de la que asomaban solamente la cabeza y las extremidades logrando, con una dieta que provocaba raquitismo, un cuerpo que servía para la burla al ser moldeado por el recipiente. También son de interés las vinculaciones religiosas con la discapacidad, como pudo verse en Persia y Mesopotamia, donde la discapacidad era considerada un castigo de los dioses ante alguna mala acción. En la América precolombina y en las tribus de esquimales, por el contrario, los consideraban depositarios de malos augurios, por los que los excluían del entorno social abandonándolos a su suerte. Por otro lado, en Grecia se asociaba directamente la enfermedad como posesión de los espíritus del mal.

Así, se encuentra que la epilepsia era una “enfermedad sagrada” o “mal divino” siendo que los ataques epilépticos eran considerados posesiones por parte de espíritus, aunque sin embargo, Hipócrates en el siglo V a. de C. la trataba como una enfermedad. También por su parte, en el código de Hammurabi de Babilonia del siglo VII a. de C. se hablaba de magia y brujería ya que tanto las enfermedades como las discapacidades se suponían provocadas por espíritus, dioses y fuerzas animadas impuras que se introducían al cuerpo por la boca. También los judíos interpretaban los ataques de epilepsia como manifestaciones de la posesión diabólica, creencia que pasó al cristianismo y se intentó curar mediante exorcismo. Afortunadamente, con la barbarie también existieron defensores de soluciones mucho más humanas, entre los que pueden citarse a profeta iraní, Zaratustra; filósofo chino, Confucio; líder religioso nepalí, Buda; y médico griego, Galeno de Pérgamo. Así, paradójicamente, en Egipto aparecieron las primeras ayudas de movilidad y con la llegada del cristianismo mejoró en algunas zonas el trato hacia las personas con discapacidad.

Edad media

Uno de los sucesos más significativos en este período es el surgimiento de la Inquisición en la Baja Edad Media, en la que uno de los objetivos era aliviar a la sociedad de los hijos del pecado y del demonio. Estos últimos, usualmente referían a los discapacitados físicos, mentales e intelectuales, por lo que eran muchas veces torturados y cuando ocurría una epidemia, plaga o catástrofe la culpa se les asignaba castigándolos con su muerte.



Inquisición y discapacidad

En ese contexto, el monje reemplaza al médico al desaparecer de la medicina el naturalismo griego y aún las enfermedades y trastornos mentales se continúan relacionando con la posesión diabólica. Así, son pocos los avances conseguidos y se continúa con situaciones de abandono, injusticia y marginación. Fernández Iglesias (Fernández Iglesias, J. *La imagen social de las personas con discapacidad*. 1ª Edición Madrid: Cinca. 2008), también destaca un hecho conceptual interesante que los enmarca de manera distinta a las concepciones anteriores: en esta época, en el cristianismo algunas personas sordas o con enfermedad mental eran consideradas de carácter animal, es decir, no se los consideraba seres humanos. Otro efecto importante es que, aunque eran marginados socialmente con el auge del Imperio Bizantino, la familia y el poder feudal en cierta medida se responsabilizaron del cuidado de estas personas. Coriat (2008) afirma que ello conllevó a la creación de asilos, hospitales y orfanatos bajo la supervisión de entidades particulares, como Cofradías, Hermandades y otros. Estas entidades usualmente colaboraban en caso de enfermedad, invalidez, vejez o muerte. Según Fainblum (2008), nuevamente en este período, los impedidos contribuían

Fuente: http://blogs.ua.es/elprudente/files/2009/01/33970_inquisicion.jpg

ocasionalmente al entretenimiento como atracciones de circo o bufones de la corte, pero el papel que más ha perdurado en esta época es el de *mendigo digno de lástima y caridad*. Esto, en efecto, se inició debido a las guerras, epidemias y cruzadas que fueron generadoras de grandes cantidades de personas con discapacidad que subsistían a través de la limosna. Consecuentemente, resurgió la práctica de mutilación de niños para inspirar mayor lástima. Paradójicamente, de acuerdo a la orden eclesiástica, la Iglesia Católica ofrecía una doble mirada, eliminando por un lado a los “herejes con discapacidad”; y, por el otro lado, dándoles asilo o creando hospitales. Por eso, desde finales de la Edad Media la influencia de parte del Cristianismo humaniza en cierta medida el tratamiento a los discapacitados.

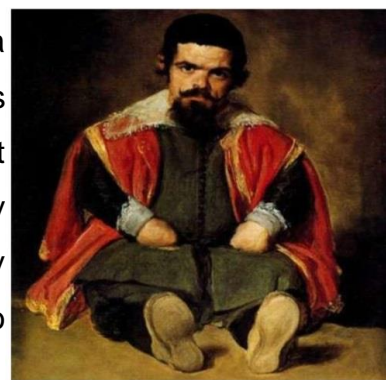
Edad moderna

Un acontecimiento muy importante en este período fue la llegada del Humanismo, movimiento tendiente a fomentar la justicia social. Se desarrolla por tanto la medicina, creándose así las primeras prótesis. Se generan instituciones benéficas a cargo del estado y, consecuentemente, los enfermos comienzan a recibir un trato más equitativo y caritativo. Otro importante avance se produce con el nacimiento del concepto de “rehabilitación” en el que participan diferentes personalidades e instituciones. Se destacan el humanista Juan Luis Vives, que defiende la educación y el trabajo como elemento de rehabilitación social de personas con discapacidad; el monje benedictino Pedro Ponce de León, que enseña a hablar a sordomudos; y San Juan de Dios, quien funda en Granada (España) el primer hospital para discapacitados. En esta época también se edita el primer libro a nivel mundial sobre el ejercicio corporal, considerado importante en ese campo.

Por otro lado, aunque fueran bienintencionados en un principio, todos los avances en orfanatos y manicomios supusieron un empeoramiento en la calidad de vida de sus moradores a causa del hacinamiento, el hambre y la falta de asistencia. Así, estos lugares se convirtieron en un depositario de las

personas con diferencias sociales. Este grupo humano excluido se componía no sólo por minusválidos sino también por opositores políticos y, además, por víctimas de intereses económicos, a las que se encerraba para poder despojarlas ilegalmente de sus bienes materiales. En los siglos XVI y XVII, el historiador (Fernández Iglesias, J. *La imagen social de las personas con discapacidad*. 1ª Edición. Madrid: Cinca. 2008), indica que pintores y escritores famosos como Botticelli, Rafael, Rembrandt, Velásquez, Quevedo, Calderón de la Barca, Tirso de Molina, entre otros, mostraron en sus obras personas con malformaciones o alguna limitación física, considerándolos entonces como un tema artístico. Ello es interesante porque hasta entonces sólo se mostraba en las obras el estereotipo del hombre ideal con un cuerpo que, si bien cambiaba sus proporciones según la época, no dejaba de considerarse perfecto. Ya en la edad contemporánea hay una importante evolución en todos los campos relativos a la discapacidad; la humanización y los derechos de las personas con necesidades especiales se cuestionan menos.

A principios del siglo XVIII, en Francia, se empieza a analizar el mundo de los ciegos y los sordomudos, destacándose un estudio de Diderot quién escribe sobre la competencia intelectual y física de los ciegos. En el siglo XIX, Valentín Haüy abriría la primera escuela para ciegos contando como alumno a Luis Braille. En la misma época, también en Francia, se crea la primera escuela de sordomudos, en la que se enseña el lenguaje de comunicación valiéndose de las manos. En la



Arte y enanismo

Fuente:

<http://www.deseoaprender.com/Velazquez/>

medicina, por su parte, se logra un importante avance al describir la hidrocefalía y al avanzar la cirugía ortopédica se logra un bienestar significativo de las personas con discapacidad física. Es un hito importante en la historia de la discapacidad cuando el cirujano francés Nicolás André implementa el término ortopedia y escribe dos enciclopedias de enorme trascendencia en el mundo de

la rehabilitación que impulsan el desarrollo de la materia.

Ya en 1790, se crea en Suiza un establecimiento para tratar el aparato locomotor y comienzan a utilizarse nuevas técnicas, más conservadoras, que derivan en una disminución de las amputaciones. En el siglo XIX se nota un mayor compromiso por parte de los gobiernos. Se fundan hospitales e institutos ortopédicos donde, no sólo se realizan cuidados médicos, sino que también se consideran la reeducación y la reinserción laboral como parte del tratamiento de los pacientes. Los problemas de las personas discapacitadas físicamente empezaban a ser reconocidos y se estudiaban medidas legislativas.

España marca sus avances creando, en 1802, un colegio que imparte enseñanza para preparar profesionales especializados en sordomudos. Más tarde en 1820, también se abre en ese país la primera escuela para ciegos.

En la segunda década del siglo XIX, por iniciativa privada surgen instituciones para el tratamiento o estudio de todo lo relacionado con la discapacidad y se adopta como sistema universal de enseñanza para ciegos el método Braille. La discapacidad producida por accidentes de la industria encuentra su respaldo, en 1884, con la primera Ley de Protección que sirve como base para futuras leyes de compensación por accidente laboral. En cuanto a la discapacidad intelectual, William Weathespoon Ireland investiga en profundidad el tema y vuelca en un tratado todas sus conclusiones. La actitud de la sociedad va cambiando y se comienza a pensar en ayudarlos a superar sus limitaciones proporcionándoles los medios adecuados para realizar una vida normal. Así es como se inventa, se enseña, se investiga, se crean nuevos institutos y se concientiza a la sociedad para humanizar el tratamiento a este grupo, aunque sin embargo, todavía se encuentran reacciones negativas que generan encierros en asilos, prácticas de eutanasia y restricciones matrimoniales.

En el siglo XX, se comienzan a desarrollar movimientos asociativos de discapacitados y sus familias, a la vez que los Estados participan activamente en la búsqueda de soluciones para los problemas de las personas discapacitadas. Se identifican también nuevas enfermedades y se generan

programas para la atención de heridos excombatientes de la I Guerra Mundial, para los accidentados de la industria y para las personas con discapacidad en general, entre los que se destaca la creación de los llamados Servicios Sociales. También, en este siglo, hay actitudes que continúan siendo negativas sobre este tema. Basta recordar a Adolfo Hitler con sus “matanzas de misericordia”, la eutanasia para pacientes con enfermedades supuestamente incurables, la muerte por hambre a las personas con discapacidad o debilidades mentales, los asesinatos de niños con inyecciones y de los adultos con gas. Al término de la II Guerra Mundial, sin embargo, se reactiva el programa rehabilitador, fundamentalmente, debido a la gran cantidad de excombatientes con diferentes discapacidades físicas y se crean unidades especiales para resolver las secuelas producidas.

En 1996, la Organización de las Naciones Unidas aprueba las Normas Uniformes que establecen las condiciones primarias para fomentar la Igualdad de Oportunidades entre las Personas con Discapacidad y aquellos no discapacitados.

Del campo a la metrópoli

De la misma manera en la que los individuos en conjunto pueden actuar como una turba realizando acciones que individualmente no pensarían siquiera efectuar, a medida que las sociedades aumentan en tamaño existe un cierto manto de anonimato que permite el desinterés de las personas para con sus congéneres. En ese marco, las personas minusválidas, al igual que el resto de la población, quedan a merced de los maltratos y debido al estado de vulnerabilidad en que se encuentran es que se ven más afectados.

Así, por ejemplo, en un pueblo del interior del país una persona discapacitada se encuentra menos desprotegida que en una gran urbe. Esta interacción intrínseca que se acentúa a medida que las poblaciones se reducen genera mayores posibilidades de vinculación y por ende de integración por parte de las personas con discapacidad. Por otro lado, fuera del casco urbano y debido a

las condiciones de accesibilidad, el discapacitado no siempre tiene la libertad e independencia requerida para el crecimiento personal dado que muchas veces depende de otras personas para su movilidad. Por lo tanto, tiene un desarrollo social limitado aún cuando en lo posible se incluyen medidas gubernamentales que les permitirían ser autosuficientes. El ambiente urbano genera usualmente una mejora en su nivel de vida básico porque los individuos tienen mayor accesibilidad a los recursos de rehabilitación y a los subsidios que pudieran recibir por parte del Estado, las obras sociales, etc. Sin embargo, y paradójicamente, es ahí donde alcanzan los niveles de indigencia. En las urbes cuentan con centros de atención médica especializados que son raros de encontrar en las afueras y muchos medios de transporte adaptados para las minusvalías.

También, se encuentran mayores posibilidades de empleo y crecimiento profesional, raramente disponibles en las zonas rurales. Consecuentemente, en general, en la ciudad se los puede derivar para su atención a lugares que les puedan brindar los servicios básicos ya que por motivos de trabajo, espacio o falta de comodidades, la familia relega en otros sus cuidados. Además, queda manifiesto que la carga económica es muchas veces privativa para los familiares, a quienes les faltan ayudas o subsidios por parte de las poblaciones pequeñas y por ello deciden asentarse en grandes ciudades.

La globalización y el choque cultural

La globalización es un fenómeno de carácter internacional cuya acción consiste principalmente en lograr el libre flujo de recursos y ha permitido que la economía moderna abra espacios de integración activa entre las distintas sociedades. Conceptualmente permite describir la realidad inmediata como una sociedad planetaria, más allá de fronteras, barreras arancelarias, diferencias étnicas, credos religiosos, ideologías políticas y condiciones socio-económicas o culturales. Es decir, se intenta hacer un mundo que no esté fraccionado, sino generalizado, pero para ello requiere de cierta estandarización, es decir, que la

mayor parte de las cosas sean iguales o signifiquen lo mismo.

Así, las culturas de las distintas sociedades tienden también a fusionarse en un patrón común. A medida que las sociedades adquieren madurez, se tornan más aceptativas de las diferencias de los individuos que las componen, pero las sociedades nuevas se caracterizan, por el contrario, en tomar provecho del prójimo. De esta manera, por ejemplo, se puede citar a la sociedad China donde los desvalidos tienen un rol sagrado en contraste con la sociedad Americana donde se los ignora. Desafortunadamente los nuevos referentes para los países en desarrollo no son las sociedades que actualmente tienen mayor duración, sino aquellas que dominan la comunicación mundial. Este es el caso de la sociedad Norteamericana, donde el abuso y la discriminación son graves problemas sociales, por lo que la globalización tiene connotaciones claramente negativas desde el punto de vista de mantenimiento de la identidad cultural de cada país así como de la integración social.

Sin embargo, como contracara, la globalización aporta también una serie de ventajas para las personas con discapacidad: las nuevas tecnologías, los avances médicos y científicos, las adaptaciones del hogar, el trabajo, etc. Condiciones que pueden redundar en un mejor nivel de vida aunque requieren necesariamente aplicar políticas mayormente económicas que ayuden a las personas más vulnerables, prestándoles la atención y apoyo necesario para lograr una plena integración al poder adquirir esos productos. La globalización debe conducir a valores más humanos, donde las oportunidades y la riqueza se repartan de forma más igualitaria. Así como los accesos a las nuevas tecnologías y las comunicaciones. Una inadecuada utilización de las oportunidades que ofrece la globalización puede causar pésimas consecuencias en aquellos individuos que se encuentran en el sector más vulnerable de la sociedad.

CAMBIO DE PARADIGMA

Principalmente, se está dejando de considerar a las personas con discapacidad

como "un problema", y se comienza a considerarlas como sujetos de derechos. Lo que se debate, entonces, es si los derechos de las personas con discapacidad tienen o no que ver tanto con el disfrute de los derechos específicos como con garantizar "efectivamente" a las personas con discapacidad el disfrute en situaciones de igualdad de todos los derechos humanos sin discriminación. En este punto, debemos señalar que el cambio paradigmático de las personas con discapacidad se desarrolla a nivel mundial siendo su expresión la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, que fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas de Nueva York.

Se concibió como un instrumento de Derechos Humanos con una dimensión explícita de desarrollo social, y se reafirma que todas las personas con discapacidad deben gozar de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales. Considerar al Ser Humano como sujeto, y no como objeto, resistiendo particular importancia la dignidad, la autonomía, la igualdad y la solidaridad. El modelo de Derechos Humanos sitúa al individuo en el centro de todas las decisiones que le afectan, y ubica al problema de la discapacidad fuera de la persona, en la sociedad. De ello se concluye que es el Estado quien tiene la responsabilidad de hacer frente a las barreras creadas por la sociedad, para poder garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas.

La discapacidad en la Argentina

En América Latina, los derechos de los discapacitados han merecido poca atención, excepto en la literatura específica donde continúan creciendo el derecho a la educación del niño discapacitado y estudios sobre el derecho al voto para la persona con discapacidad. La mayoría de las políticas nacionales sobre discapacidad están basadas en el Plan de Acción Mundial y en las Normas uniformes adaptadas por Naciones Unidas. Sin embargo, también la mayoría de los países en vías de desarrollo cuentan sólo con artículos en sus

constituciones contrarias a toda práctica discriminatoria, pero hay pocas legislaciones efectivas al respecto o medios para subsanarlos de manera útil. Las personas con discapacidad han llamado la atención de los legisladores desde comienzo del siglo XX, en la Argentina.

En la América del Siglo XVI, las órdenes reales de Carlos V disponía la creación de una casa destinada a la atención de los enfermos indigentes. En 1605 se creó la primera organización de asistencia en la ciudad de Buenos Aires con el nombre de "Hospital de San Martín".

En 1784, éste comenzó a ser conocido bajo la denominación de Hospital de "Santa Catalina" destinado a la atención de personas con discapacidad mental, los cuales eran denominados con los nombres de "furiosos", "deprimidos" y "tranquilos", a los primeros si eran de alta clase social se los recluía en un convento y a los de clase baja se los alojaba en los calabozos del cabildo, a los "deprimidos", se los atendía en su domicilio y a los "tranquilos", los que eran clasificados como los "maniáticos" (autistas y maniáticos), los "sonsos" (deficientes mentales) que permanecían en sus hogares y los "graciosos" que alegraban la vía pública. Dentro del hospital "Santa Catalina" los "dementes y retrasados mentales" eran utilizados como sirvientes.

En 1882, nuestro país participó en el primer Congreso Pedagógico Internacional, con un trabajo sobre la educación especial: "El sordomudo argentino, su instrucción y educación".

El 19 de abril de 1885, el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 1666, se fundó así el Instituto Nacional del Sordomudo.

Desde 1887 profesores de ciegos se dedicaron a la enseñanza en asilos de huérfanos, de lectura, escritura, aritmética, manualidades, piano y tornería a los varones. En esa época se inicia la formación ocupacional y laboral en la educación especial. En las escuelas de ciegos y sordos se montaron talleres de sastrería, carpintería, zapatería, etc.

En 1892 nace el Patronato de la Infancia (PADELAI) que funciona hasta el día de hoy. En 1901 se inauguró en Buenos Aires una escuela para ciegos, mixta e

independiente donde se impartía educación elemental y conocimientos musicales.

En 1902, se propuso a las autoridades la creación de “clases especiales” dentro de las escuelas comunes, para la atención de niños con dificultad de aprendizaje.

En 1909, la escuela para ciegos inaugurada en 1901 en Buenos Aires se transformó en el Instituto Nacional de Ciegos, seguían con las mismas actividades pero en potencia y en 1912 se creó la primera imprenta de Sistema Braille anexa al Instituto Nacional de Ciegos.

En 1942, el consejo Nacional de educación crea la primera escuela diferencial de Capital Federal en Buenos Aires.

En 1956, una epidemia de poliomielitis azotó el país provocando altos índices de mortalidad y de movilidad en la población infantil, este hecho fue altamente significativo, dejó avances importantes que perduran hasta hoy. Se implementaron las primeras políticas sanitarias y primeros programas de rehabilitación y también se crearon las primeras instituciones oficiales como ser: El Servicio Nacional de Rehabilitación al Lisiado y se desarrollan mas plenamente otras que ya existían como por ejemplo ALPI (Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil).

Durante el transcurso del verano del año 1956 el país se vio conmocionado por la expansión y la virulencia de la Poliomielitis, enfermedad infecciosa altamente contagiosa también conocida como Parálisis Infantil. La misma se extendía a lo largo de todo el país a excepción de algunas provincias como Santa Cruz y el por entonces Territorio Nacional de Tierra del Fuego, afectando alrededor de 6.000 niños con severo compromiso motriz y respiratorio.

La polio había tenido un brote bastante importante en nuestro país en el año 1943, pero nunca había alcanzado el nivel de mortalidad y afección discapacitante alcanzado en el '56. la enfermedad fue que afectó principalmente a la población comprendida ente 1 y 15 años. Una de sus características era que en los niños más pequeños cursaba con menos

consecuencias, como es en el caso de los bebés, donde prácticamente no registraba síntomas a la vez que los inmunizaba contra la misma. No obstante las graves secuelas se presentaron en los niños de edad más avanzada.

Afectó a todas las capas sociales pero principalmente a las clases media y alta. Al intentar investigar las causas sobre esta forma particular de distribución de la enfermedad, se llegó a la conclusión que las clases bajas efectivamente se contagiaban de poliomielitis pero a edades muy prematuras, dándose consecuentemente su inmunización. Las clases media y alta por el contrario no tenía en general situaciones de contacto con la enfermedad sino hasta edades avanzadas por lo cual su efecto fue mucho más virulento. Se contó con ayuda internacional, especialmente por parte de especialistas estadounidenses y europeos. La necesidad de contar con elementos terapéuticos y de rehabilitación implicó el desarrollo de áreas específicas para dicha tarea como el Servicio Nacional de Rehabilitación. En tal sentido el avance de la epidemia implicó una reestructuración de los sistemas de salud. Era lógico entonces, que los primeros médicos preocupados por la rehabilitación fueran ortopedistas, debido a la necesidad de tratar las secuelas musculoesqueléticas que casi siempre terminaban en deformaciones de resolución quirúrgica. Ellos fueron los iniciadores de la rehabilitación en casi todos los países.

La rehabilitación, tal y como se practicó durante la segunda Guerra Mundial, recibió su mayor impulso de la medicina física. La fisioterapia, ejercicios, kinesiología, electroterapia, deportes y recreación fueron sus pilares. Más tarde la terapia ocupacional, del lenguaje, el consejo vocacional y la ayuda social se tornaron imprescindibles. Por último se agregó la psicología para atender los problemas emocionales.

En mayo de 1984, se registró el último caso de poliomielitis por lo cual a partir de ese año se consideró erradicada del territorio nacional.

En 1981, se sancionó la Ley N° 22.431 que tiene un amplio aspecto en materia de discapacidad, en ella legisla en sus diferentes capítulos sobre conceptos y calificación de discapacidad, servicio de asistencia, prevención en salud y

servicio de asistencia social, trabajo y educación, seguridad social, transporte y arquitectura diferenciada, esta legislación establece derechos para las personas con discapacidad. En el Marco Jurídico se creó un organismo de coordinación y asesoramiento a nivel del Poder Ejecutivo.

Por el Decreto 110/87 se llevó a construir la actual Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS).

En 1997 se sancionó la Ley 24.901: *Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Esta ley viene a producir un cambio importante dentro del sistema prestacional, al asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática encuentran múltiples iniciativas para la integración de los minusválidos, entre las que se ha mejorado notablemente su movilidad dentro del casco urbano, pero sin embargo no ha habido grandes avances en lo referente a su desarrollo social.* En ese contexto, las políticas implementadas parecieran no ser efectivas. Es importante destacar las condiciones laborales, dado que aunque se otorgan subsidios económicos beneficiando a aquellas empresas que contratasen a un minusválido, tan sólo el 25% de los discapacitados en edad de trabajar se encuentra ocupado. Paradójicamente, esto se produce aún cuando la minusvalía fomente una capacidad distinta en los discapacitados, como ser el caso de los sordos, quienes son contratados en los bancos debido a su concentración. Este hecho se contrapone con el bajo índice de percepción de subsidios por parte de los individuos, el cual es menor al 10% indicando que al menos un 65% de la población activa discapacitada no cuenta con los medios para autoabastecerse.

Cabe aclarar a este respecto que en las condiciones teóricas de mayor desarrollo laboral (30 años) menos del 40% alcanza estudios primarios.

En base a lo anteriormente expuesto puede concluirse que en el transcurso de la historia las personas con algún tipo de discapacidad han sido usualmente maltratadas y en los casos en los que no se los maltrató es porque fueron

temidos. Sin embargo, puede inferirse entonces que, en líneas generales, fueron siempre discriminados por la sociedad en una manera mucho más extrema que en la actualidad, llegando incluso al asesinato como medio de purificación racial. Puede deducirse asimismo que, a medida que las sociedades maduraron encontraron nuevos valores morales que les permitieron ir modificando su percepción de la discapacidad, primero segregada por miedo, luego por una supuesta inutilidad y, por último, sólo por el carácter de ser distinto. Se concluye, además, que en la actualidad estamos en un momento particular de la historia donde ya se alcanzaron la mayoría de las condiciones sociales básicas para la integración, pero se infiere también que en una sociedad moderna y ya afianzada debería encontrarse el camino para dar un siguiente paso en pos de su desarrollo como individuos. Una característica pareciera mantenerse en casi todos los casos y es que las minusvalías han encontrado su papel en la sociedad en cierta manera de acuerdo a la utilidad que podían tener para la misma. Es decir, al variar los ideales esperados, una misma persona considerada como para una sociedad dada puede dejar de ser vista como tal, siendo entonces que la discapacidad es un rótulo dependiente de la sociedad en la que se intente interactuar. Por último, es importante recalcar que en Argentina, donde el rol estatal no alcanza la eficiencia requerida, debe fomentarse en particular el desarrollo económico de los discapacitados, principalmente en aquellos asentados en las áreas metropolitanas, para posibilitar su inserción social.

CUD y DESCENTRALIZACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD CON VALIDEZ NACIONAL

Por primera vez la Constitución Nacional en su reforma de 1994 (Segunda Parte, Título Primero, Capítulo IV- Atribuciones del Congreso- Artículo 75, Inciso 23) menciona expresamente a las personas con discapacidad. Esta innovación se sumó a la normativa vigente en nuestro país en materia de

discapacidad, la cual consta básicamente de tres leyes nacionales: 22.431, 24.901 y 25.504 y de leyes provinciales, estas últimas: leyes de discapacidad provinciales que otorgan sus respectivos Certificados de Discapacidad, han tenido o tienen vigencia en los respectivos estados de acuerdo a la decisión prevista por el sistema federal, de adherir o no a la ley nacional.

Hasta la publicación en el Boletín Oficial el 16 de marzo de 1981 de la Ley 22.431: "Sistema de Protección Integral de los Discapacitados", la legislación precedente relacionada con la discapacidad consistía en normas dirigidas a resolver situaciones puntuales en la materia. A partir de la puesta en vigencia de esta ley madre y su Decreto Reglamentario 498/83 nos es posible accionar en términos jurídicos desde un concepto que abarca todos los aspectos de la discapacidad. Es la ley 22431 la que propone una definición legal del concepto de "discapacidad" y establece la existencia de un certificado que la acredite.

El artículo 10 de la ley 24.901 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.

La República Argentina certifica la discapacidad con el Certificado Único de Discapacidad - CUD - a través del Ministerio de Salud de la Nación (Ley 22431, art. 3º, modificado por Ley 25504). Este documento público se halla reglado mediante la Resolución del Ministerio de Salud Nº 675/09 que aprueba un nuevo Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad y el modelo de Certificado Único de Discapacidad al que refiere el Art. 3º de la Ley Nº 22.431; el cual tiene alcance en todo el territorio nacional, y ha sido diseñado de acuerdo con los parámetros nacionales e internacionales vigentes. El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento público. Es la llave de acceso al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por la normativa en la materia, para las personas con discapacidad.

El Certificado Nacional de Discapacidad debe encontrarse al alcance de quien lo necesita, garantizando con ello el ejercicio de sus derechos, el Servicio

Nacional de Rehabilitación (SNR) promueve una política de descentralización de la certificación en todo el territorio nacional. Este proceso se ha llevado a cabo progresivamente en forma ordenada y sistemática con los hospitales y/o municipios que asumen responsablemente la emisión del certificado. Constituye una política pública que afianza la búsqueda de unificación de los criterios de certificación de la discapacidad en todo el país, cuyo objetivo último es propender a la federalización en la emisión del certificado de discapacidad con validez nacional, acercando aún más los beneficios instituidos por ley a cada ciudadano que lo necesite.

La implementación del Certificado Único de Discapacidad (CUD), conforme lo establecido por la Resolución MINSAL N° 675/09, se encuentra en curso en todo el país de manera gradual. Es importante destacar al respecto, que existen requisitos ineludibles que las jurisdicciones deben cumplimentar para la implementación del CUD según la citada Resolución, entre ellos, la conformación de Juntas Interdisciplinarias, y la finalización del ciclo de capacitación necesario.

En cuanto a los aspectos técnicos del Protocolo, para su confección se han utilizado herramientas de la Familia Internacional de Clasificaciones (FIC) aprobadas por la OMS, como son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados -Décima Revisión- (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Teniendo en cuenta estos lineamientos y compromisos internacionales, en el año 2003 el Ministerio de Salud de la Nación designó al Servicio Nacional de Rehabilitación como representante estadual de la aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ante la Red de Habla Hispana de la Discapacidad (RHHD), actualmente denominada Red Latinoamericana y del Caribe Promotora de la CIF. El trabajo en este sentido, se remonta al año 2005, cuando profesionales del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN elaboraron un nuevo Protocolo

de Evaluación de Discapacidad, basado en la CIE-10 y en la CIF, con la colaboración técnica del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC). Las distintas versiones en borradores, fueron presentadas en los Consejos Federales de Discapacidad celebrados a lo largo del país durante los años siguientes. Particularmente, durante el año 2008 en su ámbito se conformó la Comisión de Salud, donde se trabajó fuertemente sobre el documento. El Consejo Federal de Discapacidad integrado por los funcionarios que ejercen la autoridad en la materia en el más alto nivel, en cada una de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires y los representantes de las organizaciones no gubernamentales, es presidido por la CONADIS, el SNR es miembro consultor del mismo.

El corolario de ese trabajo se vio plasmado en la “XL Asamblea Ordinaria del Consejo Federal de Discapacidad” celebrada en la ciudad de Rosario en noviembre del 2008, donde las provincias aprobaron por unanimidad la versión definitiva del Protocolo de Evaluación de Discapacidad y el nuevo formato del Certificado de Discapacidad, así como su correspondiente software. Dicho acuerdo constituyó un punto de inflexión en el trabajo federal para lograr condiciones de igualdad en el acceso a los beneficios por parte de las personas con discapacidad de todo el país. El compromiso se reiteró a lo largo de todo el 2009, manteniéndose firme hasta la fecha. En forma paralela, este trabajo de consensos estuvo acompañado de capacitaciones en todo el país para el uso de la nueva Clasificación, así como también de tareas en torno a la actualización del software, con el fin de resolver las limitaciones que presentaba el sistema y de incorporar los nuevos conceptos de la CIF.

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 (CIDDDM). 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 CIDDDM 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.: vitíligo) 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,

acentuar 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.

MODELO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

En el Art. 10 de la ley 24.901 define que la discapacidad deberá acreditarse mediante un Certificado Único de Discapacidad el cual es establecido por el Artículo 3 de la ley 22.431. Será el Ministerio de Salud y Acción Social quien establecerá los criterios y la normativa de evaluación para certificar la discapacidad. Es en este artículo donde se menciona al Certificado de Discapacidad, como decíamos anteriormente:

Artículo 3° - *La Secretaría de Estado de Salud Pública certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicha Secretaría de Estado indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.*

El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley.

El **artículo 19** a que se hace referencia en el artículo precedente alude a los casos comprendidos en el ámbito de jubilaciones y pensiones cuya discapacidad se acredita según lo dispuesto en las leyes 18.037 y 18.038 referidas al Régimen de Jubilaciones y Pensiones para trabajadores en Relación de Dependencia y Autónomos respectivamente. Ambas leyes actualmente derogadas por la ley 24.241 del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Más detalladamente el Decreto Reglamentario (498/83) de la Ley 22.431 expresa:

Artículo 3° -

1. *El Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, a los efectos del otorgamiento del certificado previsto en el Artículo 3° de la Ley número 22 431 constituirá una Junta Médica para la evaluación de personas discapacitadas, la que deberá estar integrada por profesionales especializados.*

2. *La Junta Médica contará con una secretaría que recibirá las solicitudes de otorgamiento de certificados, los que deberán ser acompañados de todos los antecedentes personales del solicitante y los de índole familiar, médico, educacional y laboral, cuando así correspondiere.*
3. *La Junta Médica dispondrá la realización de los exámenes y evaluaciones que, en cada caso, considere necesarios, a cuyo efecto podrá recabar las consultas y asesoramientos pertinentes.*
4. *El dictamen de la Junta Médica deberá producirse dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de presentación de la solicitud; dicho plazo podrá prorrogarse por otro igual, en casos en que fuere necesario la realización de evaluaciones de naturaleza compleja, a solicitud de la Junta Médica y con aprobación de la autoridad que emita el certificado.*
5. *El Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, queda facultado para establecer la autoridad que emitirá el certificado de discapacidad, el que deberá contener los datos enunciados en el Artículo 3° de la Ley N° 22.431 y su plazo de validez. El certificado o su denegatoria, deberá ser emitido dentro de los diez (10) días de producido el dictamen de la Junta Médica.*
6. *La Junta Médica dispondrá, por su Secretaría, el registro y clasificación de los certificados que se expidan, juntamente con los antecedentes presentados por el solicitante*
7. *Las decisiones emanadas de la autoridad prevista en el punto 5, serán recurribles de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Procedimientos Administrativos.*

El 2 de diciembre de 1997, en el marco de la Ley 22.431, se promulga la Ley 24.901: “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de Personas con Discapacidad”, antecedido por el Decreto 762/97, que asegura la universalidad de la atención de las personas con discapacidad integrando políticas, recursos institucionales y económicos destinados a la materia dentro del ámbito nacional.

Básicamente esta ley fija las obligaciones de las Obras Sociales, instituye un Sistema de Prestaciones y establece el mecanismo para su financiación. El acceso estas prestaciones está garantizado para quienes acrediten discapacidad como lo manifiesta en su artículo 10º.

ARTICULO 10. — *A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3º de la ley 22.431 y por leyes provinciales análogas.*

En el Decreto Reglamentario de la Ley 24.901 (1193/98) se advierte el sesgo que caracteriza a esta ley

ARTICULO 10. - *El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL será la autoridad encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de discapacidad. El certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación del beneficiario por un equipo Interdisciplinario que se constituirá a tal fin y comprenderá la siguiente información: a) Diagnóstico funcional, b) Orientación prestacional, la que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad (.....).*

Por último completando las tres leyes nacionales fundamentales el 13 de

diciembre de 2001 se publica en el Boletín Oficial la Ley 25.504: “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas -- Existencia, naturaleza y grado de discapacidad -- Certificado Único de Discapacidad -- Modificación del art. 3º de la ley 22.431”.

Esta ley establece el Certificado Único de Discapacidad. (VER ANEXO I)

ARTICULO 1º - Modifícase el artículo 3º de la Ley 22.431, que quedará redactado de la siguiente forma:

El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de 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.

El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley.

Idéntica validez en cuanto a sus efectos tendrán los certificados emitidos por las provincias adheridas a la Ley 24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que se establezcan por reglamentación.

Conforme al artículo 10º del Decreto de Reglamentación de la Ley 24.501 el Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de discapacidad. Esta acción se desarrolla a través del Servicio Nacional de Rehabilitación organismo descentralizado dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación.

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

Protocolo de Evaluación

La Resolución 675/2009 aprueba el Modelo de Certificado Único de Discapacidad ya mencionado en la Ley 25.504 y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad.

Este nuevo protocolo (VER ANEXO I) a cuya implementación se comprometió la Comisión de Salud del Consejo Federal de Discapacidad, responde a la obligación de cumplimentar la adhesión de la República Argentina a poner en práctica la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) herramienta aprobada por la OMS a ser aplicada en todas las jurisdicciones.

Esto determina una tendencia creciente a homogeneizar la modalidad de certificación en el territorio nacional y la utilización de instrumentos vigentes en el ámbito internacional tales como la mencionada CIF perteneciente a la Familia Internacional de Clasificaciones (FIC), como así también la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE10).

Ambas clasificaciones utilizadas actualmente para la confección del Certificado Único de Discapacidad son complementarias y se utilizan en forma combinada, siendo consideradas actualmente como Clasificaciones de Referencia por la FIC ya que en conjunto hacen posible obtener información que posibilita la descripción de los elementos esenciales relacionados a la salud.

De esta manera se pueden cumplir los objetivos fundamentales de la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS:

- 1) Aporte de bases científicas precisas, fiables y aplicables transculturalmente, para definir y manejar los “estados de salud” y sus consecuencias.
- 2) Establecer un lenguaje común internacional.
- 3) Permitir la transferencia y comparación de información en temas de salud a través del tiempo, disciplinas y naciones.
- 4) Aporte de sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información de salud.
- 5) Promoción de la investigación en temas y actuaciones en salud

La utilización de la CIE-10 posibilita el registro sistemático, el análisis, interpretación y comparación de datos de morbilidad y mortalidad a los fines epidemiológicos y estadísticos, mientras que la CIF clasifica el “funcionamiento” y la “discapacidad” en asociación a las condiciones de salud, conservándose neutral con respecto a la etiología.

A través de la CIF se produce la integración del Modelo Médico con el Modelo Social. El primero considera a la discapacidad como un problema directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud que requiere cuidados médicos específicos para alcanzar una cura o la adaptación de la persona y su cambio conductual; en este modelo lo sanitario es primordial. Por otro lado, el Modelo Social considera la discapacidad como un problema de origen social y se centra en la integración de la persona a la sociedad.

El resultado de esta integración es un Modelo de enfoque “bio-psico-social”.

La CIF aprobada en 2001 por la OMS, considera el concepto de “Funcionamiento” como un término global que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación y “Discapacidad” a las

deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

En la CIF también se enumeran Factores Ambientales que interaccionan con los precedentes conceptos.

El “Funcionamiento” representa los aspectos positivos en la interacción de un individuo con determinada condición de salud y los Factores Ambientales.

A su vez la “Discapacidad” indica los aspectos negativos resultantes de la misma interacción.

Para la CIF “Discapacidad” es un concepto multidimensional resultado de la interacción de las personas con su medio físico y social.

En conclusión, la CIE-10 nos proporciona la información sobre el diagnóstico y la CIF sobre el funcionamiento, facilitando en su asociación una visión amplia sobre el estado de salud de las personas y poblaciones. No debiendo ser considerada la CIF una “clasificación de personas” sino de “características de la salud y factores contextuales”.

La CIF es una clasificación del funcionamiento humano tanto positivo como negativo y como tal utiliza un lenguaje más neutral y flexible.

Ejemplificando, en la CIF el término “discapacidad” es reemplazado por “limitación en la actividad” y el término “minusvalía” por “restricción en la participación”. La “salud” tendría una dimensión positiva plasmada en las funciones, actividad y participación y una negativa representada por las “deficiencias” (en lo que se refiere a Función y Estructura), las “limitaciones en la actividad” y por la “restricción en la participación”.

Para ser confeccionado el actual Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad aprobado en la Resolución 675/2009 requiere la actuación de una Junta Evaluadora Multidisciplinaria, quien realiza la entrevista y examina la documentación específica relacionada con la discapacidad a ser valorada.

El actual Protocolo también incluye una Orientación Prestacional, que expresa las diferentes alternativas de atención en prestaciones de rehabilitación, asistenciales, educativas y otras. La referencia de estas modalidades prestacionales está contenida en el Anexo I de la Ley 24.901.

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 bio-psico-social 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.

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 22.431 Sistema protección integral de los discapacitados (1981) 1. Sancionada 16/3/81 2. Compuesta por 4 capítulos y 29 artículos
2. Ley 23.660 Obras Sociales (1988) 1. Sancionada 29/12/88 2. Consta de 45 artículos
3. Ley 24.754 (ley de Banzas de Moreau) Legislación de prestación para las empresas de medicina pre-paga (1996)
4. Ley 24.901 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 25.280 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)

Más 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 24.901 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 22.431 se refiere al Estado como principal obligado, resultando las obras sociales como subsidiarias; en la Ley 24.901 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.

Leyes Vigentes

En el año 1981 se sanciona la Ley 22.431 reglamentada por el decreto 498/83 (B.O. 4/03/83) en la que predominan las obligaciones del estado denominada “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados”.

Ley 22.431

Esta Ley presenta un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, lo que le asegura una atención médica, educación y seguridad social, como así también les concede las herramientas para su inclusión en la sociedad. El que certifica el tipo y grado de discapacidad es el Ministerio de Salud por medio del “Certificado Único de discapacidad”. Este le permitirá a la persona con discapacidad obtener beneficios de parte del Estado a nivel Nacional.

Dentro de estos beneficios encontramos:

- Servicios de asistencia, prevención
- Salud y asistencia social
- Trabajo y educación
- Seguridad Social
- Accesibilidad al medio físico.

Ley 24.901

Esta ley instituye 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.

Las obras sociales tienen la obligación de cubrir en su totalidad las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad, éstas son:

- Prestaciones preventivas
- Prestaciones de rehabilitación

- Prestaciones terapéuticas educativas
- Prestaciones educativas
- Prestaciones asistenciales.

Asimismo serán integradas por servicios específicos de acuerdo a la patología, edad y situación socio-familiar de cada persona discapacitadas, los cuales son:

- Estimulación temprana
- Educación inicial
- Educación general básica
- Educación Secundaria
- Formación laboral.
- Centro de día
- Centro educativo terapéutico
- Centro de rehabilitación psicofísica
- Rehabilitación motora
- Rehabilitación Sensorial.

También según esta ley una persona con discapacidad dispone de servicios alternativos, esto es si no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, estos son:

- Residencias, pequeños hogares y hogares.

Finalmente una persona con discapacidad dispone de prestaciones complementarias, las que se podrían describir en:

- Cobertura económica

- Apoyo para acceder a las distintas prestaciones
- Iniciación laboral
- Atención psiquiátrica
- Medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país
- Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales
- Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley
- Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario.

Resolución 400/99 APE

La resolución 400/99 “Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad” sancionada en el año 1996 por la Administración de Programas Especiales, toma el carácter de un nomenclador de prestaciones médicas, cuya función es no promover la competencia por precios entre los prestadores, ya que el mismo es determinado en el mercado por éste nomenclador. En el anexo III se establece dos niveles de atención (ambulatorio e internación) a su vez divididos en módulos de atención. Si el costo del módulo en el mercado fuera mayor, la diferencia la debe cubrir la Obra Social; aunque ésta tiene el derecho a ofrecer la prestación con un prestador propio o contratado adecuado a su presupuesto.

Resolución 428/99 APE

“Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad” describe las características, los alcances y aranceles de los prestadores reconocidos por el Sistema Único.

Esto queda sujeto a sucesivas actualizaciones de los valores a reintegrar de acuerdo a la categoría de los establecimientos.

Para definir cuales serían las leyes a tener en cuenta para manejarse en Auditoría Médica en Discapacidad destacamos las fundamentales:

1. Ley 22.431 Sistema protección integral de los discapacitados (1981)
2. Ley 23.660 Obras Sociales (1988)
3. Ley 24.754 (ley de Banzas de Moreau) Legislación de prestación para las empresas de medicina pre-paga (1996)
4. Ley 24.901 Sistema en aplicaciones básicas de habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.
5. Ley 25.280 Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (2000)
6. Ley 26.378 brazo ejecutor de la Convención sobre discapacidad de la ONU (2008)

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-

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”.

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.

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 en el boletín en 1997 dice en su único artículo 1, que las empresas o entidades que prestan servicios de medicina pre- paga 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.

CONCLUSIÓN

La persona con discapacidad tiene los mismos derechos que sus conciudadanos. Sin embargo, en orden al ejercicio de sus derechos, puede encontrarse en una situación de desventaja que requiere la adopción de medidas específicas destinadas a equiparar oportunidades.

Es por ello que en el campo de la equiparación de oportunidades se inscriben todas las medidas legales que tienen la meta política de incorporar a la comunidad a las personas con discapacidad facilitando el ejercicio de los derechos y modificando actitudes y conductas de la sociedad.

La actividad legislativa en dicha materia, la de la discapacidad, avanza significativamente desde el 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 la fecha, han cambiado muchas cosas y quedan por modificar muchas otras. 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. Muchas veces las normas no se cumplen y los derechos no se respetan, lo que obliga a las personas a reclamar por medio de la acción de Amparo en la justicia.

El Certificado de Discapacidad en la República Argentina es un Certificado Oficial confeccionado y firmado por una Junta Evaluadora de profesionales de la Salud matriculados, utilizando un protocolo de uso y consenso internacional, en soporte de papel moneda que lo resguarda de la posibilidad de falsificación. Este Certificado tiene validez en todo el territorio nacional y es emitido por un organismo descentralizado del Ministerio de Salud.

Sus beneficios están dirigidos principalmente al acceso a la cobertura del 100% del tratamiento, al 100% de la cobertura de las prestaciones relacionadas con

la discapacidad por parte de las Obras sociales o prepagas. A los trámites relacionados con el Régimen de Asignaciones Familiares por hijo con discapacidad, a la obtención de Símbolos Internacionales de Acceso y a la obtención de un pase libre para transporte público de pasajeros en todo el territorio nacional. Pudiendo concluir que es un Certificado esencialmente ligado al área de salud, sin relación estricta con lo previsional ni laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Coriat, S. A. (2008). Lo urbano y lo humano. (1ª Ed.) Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Fernández-Iglesias, J. (2008) La imagen social de las personas con discapacidad. (1ª Ed.) Madrid: Cinca.
- Lewis, V. (1991). Desarrollo y Déficit. (1ª Ed.) España, Madrid: Paidós Ibérica.
- Bertolote, J. (2000) Prevención del suicidio. Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>
- Bonnet, Emilio Federico. Lecciones de Medicina Legal, 3º edición. López Libreros Editores, Buenos Aires; 1978. Pág. 262.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. OMS. IMERSO, 2001.
- Decreto 1193. Discapacitados, Ley 24.901, Su Reglamentación. Boletín Oficial, Argentina. 14 de octubre de 1998.
- Decreto 498. Discapacitados, Ley 22.431, Su Reglamentación. Boletín Oficial, Argentina. 4 de marzo de 1983.
- Discapnet, <http://www.discapnet.es/castellano/Paginas/default.aspx> (junio de 2010).
- Disposición 213. Servicio Nacional de Rehabilitación, Enfermedad del Páncreas- Certificado de Discapacidad. Boletín Oficial, Argentina. 18 de mayo de 2005.
- Fainblum, A. (2008) Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis. (1ª Ed.) Buenos Aires: Tekné.
- Freud, S. (1919) Lo siniestro. Citado en: Fainblum, A. (2008)

Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis. (1ª Ed.)
Buenos Aires: Tekné.

- Fundación Par. Libro de la Discapacidad en Argentina, 1º edición. Fundación Par, Buenos Aires; 2005.381p.
- Jackson (Ed.)(1954) Diccionario Hispánico Universal. Citado en: Fainblum, A. (2008) Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis. (1ª Ed.) Bs. As.: Tekné.
- Lacan, J. (1975) Joyce el síntoma I Citado en: Fainblum, A. (2008) Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis. (1ª Ed.) Buenos Aires: Tekné.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. BOE, 30 abril de 1982. España.
- Ley 17.132, Arte de Curar, Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración. Boletín Oficial, Argentina. 31 de enero de 1967.
- Ley 22.431, Sistema de Protección Integral de Discapacitados. Boletín Oficial, Argentina. 20 de marzo de 1981.
- Ley 24.901, Discapacidad, Sistema de Prestaciones Básicas. Boletín Oficial. Argentina, 5 de diciembre de 1997.
- Ley 25.504, Discapacitados, Ley 22.431, Modificación. Boletín Oficial, Argentina. 13 de diciembre de 2001.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, 15 de diciembre de 2006. España.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. BOE, 3 de diciembre de 2003. España.

- Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Certificado Único de Discapacidad- Instructivo. 2009
- Patitó, José Ángel. Manual de Medicina Legal, 1º edición. Librería Akadia Editorial, Buenos Aires; 2008. 320p.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y del grado de minusvalía. BOE, 26 de enero de 2000. España.
- Resolución 675. Sistema de Protección Integral Personas con Discapacidad, Modelo Único de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Boletín Oficial, Argentina. 19 de mayo de 2009.
- Tomé Carballude, María Laura. El Significado Jurídico de la Discapacidad y la Dependencia en el Ámbito Nacional. Máster Gestión e Investigación. Universidad de La Coruña. España. 2009.
- Wallin, J. E. W. (1992). El niño deficiente físico, mental y emocional. (1ª Ed.) Madrid: Ed. Paidós Educador

ANEXO I

00011722-1

CERTIFICADO Nº ARG-02-0001234463-20100007-20200007-075-100
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
 Ley Nº 24.901

PROVINCIA DE SANTA FE
 Ministerio de Salud

APELLIDO Y NOMBRES		
TIPO Y GÉNERO	Nº CÚPULA	FINACIMIENTO
DIAGNÓSTICO		
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL FUNCIONES CORPORALES		
ESTRUCTURAS CORPORALES		
ACTIVIDAD PARTICIPACION		
FACTORES AMBIENTALES		
ORIENTACIÓN PRESTACIONAL		
VENCIMIENTO		
El presente certificado tiene validez hasta el:		
ACOMPANANTE		
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN		
EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:		
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL

Para consultar la vigencia de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

2040871367

00011722-1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Ley Nº 24.901

APELLIDO _____
 NOMBRES _____
 DPOANS DOCUMENTO _____ FECHA FINACIMIENTO _____
 MARCO POR _____

00011722-1

Nº01 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ARG-02-0001234463-20100007-20200007-075-100

FECHA EMISIÓN _____ FECHA VTO _____ ACOMPANANTE _____

PROFESIONAL PROFESIONAL PROFESIONAL

EL ENCARGADO DEL COMPROBANTE DE DISCAPACIDAD

Datos Personales

Diagnóstico y Funciones de la Persona Acreditada. Según Diagnóstico del DSM IV y CIE 10

Factores que incluyen

Vencimiento

Lugar y Fecha de Emisión

Profesionales que Certifican la Discapacidad

Este recorte es para que la persona pueda manejarse con el comprobante y no con el original

ANEXO II