



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN HÉCTOR A. BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA POSGRADO –MEDICINA LEGAL
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION
“Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derecho”

APELLIDO Y NOMBRE DEL AUTOR: Dra. Markic, Alicia Noemí

APELLIDO Y NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Parreño, Miguel Ángel

APELLIDO Y NOMBRE DEL ASESOR METODOLOGICO: Dr. Bernardini

FECHA DE PRESENTACION: Diciembre 2019

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres, Nelida y Alfredo, por ser los promotores de mis sueños, por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida. Gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que guiaron mi vida. Gracias por el amor incondicional.

A mi amor, compañero de vida, Leandro, por creer en mí siempre, por respetar mi tiempo dedicado a esta vocación que elijo día a día. Gracias por respetar mis elecciones y apoyarme siempre.

A mi familia Alicia, Osvaldo, Julieta, Rodrigo y Ariel que siempre me alentaron para seguir adelante, que entendieron mis ausencias y estuvieron en cada etapa de este largo camino que es elegir ser médico diariamente.

A mis amigos incondicionales Kari, Lauri, Mari, Gise y Jose, por su desinteresada ayuda, por brindarme su mano cuando la necesite, por los largos audios de catarsis, los mensajes de madrugada. Siempre presentes cuando sentía que ya no podía más y me alentaban a seguir adelante.

Al Dr. Alberto Libanio que fue el primero que creyó en mí, me apoyo en lo personal y en lo profesional, y siempre me dio el tiempo necesario para seguir capacitándome. Gracias por su paciencia y enseñanzas.

A mi coordinador médico, Pablo gracias por impulsarme siempre a seguir creciendo, por adecuar horarios cuando lo necesite y por su comprensión.

A mi tutor, Dr. Miguel Ángel Parreño, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, gracias por la disponibilidad y la paciencia al guiarme durante el desarrollo del trabajo final integrador.

A mi grupo inseparable de cursada, Lauri , Daf , Gaby, Magui y Vir, que hicieron que todo fuera más fácil, excelentes profesionales de las cuales conservo los mejores recuerdos.

A Roxana, una profesional que me sorprendió con su compromiso hacia los más vulnerables y de la cual espero aprender.

A la universidad por haberme aceptado ser parte de ella y permitirme estudiar este posgrado, también a los diferentes docentes que brindaron su conocimiento, a la directora Dra Alicia Verme que siempre estuvo presente para ayudarnos, y a la Dra Paola Martin, nuestra tutora, por el apoyo para seguir adelante en cada cursada.

Gracias a todos los que forman parte de mi vida por la ayuda brindada y por los buenos momentos vividos.

“La vida es un regalo que podemos compartir y disfrutar con quienes amamos”

HOJA DE CALIFICACION

INDICE

INTRODUCCION A LA DISCAPACIDAD	1
MODELOS EN DISCAPACIDAD	
Modelo de la prescindencia	2
Modelo Médico Rehabilitador	2
Modelo Social	3
DISCAPACIDAD	
Concepto	6
Tipos de Discapacidad	7
DISCAPACIDAD EN LA ARGENTINA	
Datos y cifras	8
Reseña histórica	10
Legislación y marcos regulatorios vigentes en nuestro país	12
Responsabilidad legal para obras sociales y prepagas	17
Certificado Único de Discapacidad (CUD)	18
Descentralización de la certificación	18
Protocolo de CUD	20
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	
CUD	29
PROTOCOLO CUD	31

INTRODUCCION

Si bien a lo largo de este trabajo se realizará un análisis sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cabe destacar previamente que la principal consecuencia que implica la adopción de este nuevo concepto, y que se basa en ser éste, el último paso que traduce un cambio de paradigma, que a nivel internacional venía viviéndose desde la década de los años ochenta del siglo XX. Este cambio de paradigma se resume en la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. A partir de dicho enfoque, las políticas ofrecidas y las respuestas brindadas a los problemas que enfrentan las personas con discapacidad pasan a ser pensadas y elaboradas —desde y hacia— el respeto de los derechos humanos.

Desde esta nueva perspectiva, se pone énfasis en que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás, pero siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso. Este modelo se relaciona con los valores esenciales que fundamentan los derechos humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad, que propician la disminución de barreras y dan lugar a la inclusión social, que pone en la base principios como autonomía personal, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. La premisa es que la discapacidad es una construcción social, no una deficiencia que crea la misma sociedad que limita e impide que las personas con discapacidad se incluyan, decidan o diseñen con autonomía su propio plan de vida en igualdad de oportunidades.

MODELOS EN DISCAPACIDAD

Actualmente parece ser evidente que la discapacidad es un asunto de derechos humanos; sin embargo, la tradición histórica y por lo tanto la normatividad, han tenido aproximaciones que se han basado en el paternalismo, la caridad, la medicalización y la presidencia, prejuicios que han resultado en la segregación y discriminación de esta población. Al igual que con otras comunidades históricamente discriminadas, el contexto cultural y las ideas erróneas han permeado la normatividad afectando de forma directa los derechos de esta población. Es por esto que para comprender y analizar de forma objetiva la situación actual de las personas con discapacidad y la normatividad que las rodea es esencial entender las bases históricas de la legislación y el camino recorrido por la sociedad que ha resultado en la exclusión de las personas con discapacidad de muchos ámbitos de la vida diaria y jurídica. A lo largo de la historia han existido diferentes aproximaciones a la conceptualización de discapacidad que han determinado y aún determinan el contenido de las políticas públicas que adopta un Estado frente a la discapacidad. Se pueden identificar principalmente tres modelos predominantes que han orientado el tratamiento dado a la población con discapacidad: el modelo de la prescindencia, el modelo médico-rehabilitador y, finalmente, el modelo social que es el modelo que acoge la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Estos modelos son formas de comprender la discapacidad y responden a la percepción social que se tiene de la misma. En este sentido no puede afirmarse que haya modelos superados, pues estas formas de ver la discapacidad son complejas, se mezclan e interactúan entre sí dando respuestas que no son unívocas o lineales.

Estos modelos le sirven de referencia a la sociedad, ya que se desarrollan normas, leyes y estructuras que afectan a la vida de las personas con discapacidad.

MODELO DE LA PRESCINDENCIA

El primer modelo, de la prescindencia, es el más antiguo y responde principalmente a visiones religiosas o místicas sobre la discapacidad. De esta manera, si una persona tiene una discapacidad, se considera que esto es consecuencia de un castigo divino por errores cometidos por la persona, su familia o sus antepasados. Conforme a este modelo la discapacidad es vista “como un castigo de los dioses, el producto de brujería o de una maldición”; desconoce la dignidad humana de la persona con discapacidad, y considera legítimo prescindir de ella o relegarla al ostracismo. Son personas consideradas anormales e inútiles, lo que genera que la sociedad las rechace y las aisle de la vida en comunidad.

MODELO MEDICO REHABILITADOR

El Modelo Médico-Rehabilitador entiende que la causa de la discapacidad es principalmente un diagnóstico médico, la discapacidad se equipara a la enfermedad. Bajo este modelo se deja de lado la concepción religiosa sobre la discapacidad del modelo de la prescindencia y se cambia esta visión por el concepto médico. Esto conlleva a creer que las personas con discapacidad son enfermas y su vida debe centrarse en un diagnóstico para ser rehabilitadas o normalizadas. El fin último para la persona con discapacidad es la normalización y, en la

medida en que lo logra, puede dejar de ser considerada inútil para la comunidad. Esta concepción considera que existen cuerpos y conductas anormales que deben ser modificadas conforme al criterio médico y lo que se establece socialmente como lo normal. Con este propósito se considera que las personas con discapacidad deben someterse a todo tipo de tratamientos psíquicos y físicos, aunque estos puedan resultar dañosos o violentos e impongan graves cargas sobre ellas. La voz autorizada por el modelo médico es de los profesionales de la salud, a quienes el Derecho les da la última palabra. No en vano las instituciones jurídicas relacionadas con la discapacidad por lo general exigen certificaciones médicas para obtener beneficios o acceder a algunos derechos. Este modelo nace en el Siglo XX, con la llegada al llamado Mundo Moderno y la Primera Guerra Mundial. Los hombres que resultaban heridos eran denominados como mutilados de guerra, personas a las que les faltaba algo. La terminología de daño, prejuicio y sufrimiento se introdujo como parte de la discapacidad. Con la llegada de la Segunda Guerra Mundial llegó también el movimiento médico y de psicología de la rehabilitación los profesionales, las medidas de terapéuticas y las medidas legales aumentaron. La discapacidad era ahora un tema de Estado.

Como se puede ver, el problema se basa en la persona, en su deficiencia, en su falta de normalidad. El contexto social es completamente ignorado, el problema está en el individuo. Este último no tiene posibilidad de decidir si quiere o no rehabilitarse, si se siente cómodo como es. Para ser útil debe curarse, así su diagnóstico sea incurable. Las personas con discapacidad siguen siendo vistas como seres inferiores y poco útiles. Y, a pesar de que este modelo trajo consigo grandes avances en materia de salud y subsistencia de personas con discapacidad, usa entonces una respuesta similar al primer modelo, la exclusión: la educación especial, más centrada en rehabilitar que en enseñar, y la institucionalización con el objetivo de curar. La vida de los niños y niñas, por ejemplo, ya no va a estar centrada en aprender y jugar, sino en asistir a un gran número de terapias que los terminarán aislando de sus compañeros y compañeras. Es una concepción que sigue siendo paternalista y subestima la capacidad de las personas para vivir, estudiar y trabajar incluso sin ser curadas. En muchas ocasiones las personas con discapacidad pierden el control de sus propias vidas y la oportunidad de participar en espacios públicos.

MODELO SOCIAL

Finalmente, el modelo social considera que las causas de la discapacidad están en las barreras sociales que les impiden a las personas con discapacidad gozar de las mismas oportunidades que los demás. Bajo este modelo la discapacidad es el resultado de la interacción de dos componentes: las barreras del medio con una característica diversa de la persona. Sin uno de los dos componentes la discapacidad no existe, la discapacidad desaparece. Si una ciudad estuviese diseñada para que una persona en silla de ruedas pudiera transitarla fácilmente, con rampas, ascensores, puertas suficientemente anchas, baños accesibles, escritorios de atención al público bajos, esa persona no tendría discapacidad, sería autónoma. Si el empleador ajustara los horarios y el nivel de estrés en determinado trabajo, una persona con, por ejemplo, un diagnóstico de trastorno bipolar, no tendría discapacidad psicosocial a la hora de trabajar. Así, este modelo reconoce la autonomía de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de su vida, de manera que puedan tomar sus propias decisiones y materializar sus proyectos de vida. Con este fin, se busca eliminar todo tipo de barreras físicas, sociales, actitudinales y jurídicas que se han ido construyendo históricamente y que vulneran los derechos de esta población. Este modelo, a diferencia del médico-rehabilitador, no considera que las personas con discapacidad estén

enfermas ni se centra en considerar que son un problema para la sociedad; por el contrario, muestra que es la sociedad la que no está adaptada para garantizar a las personas con discapacidad la totalidad de sus derechos y en esta medida es una sociedad excluyente. La discapacidad se diferencia entonces de la deficiencia o diversidad funcional. Lo último se concentra en la característica o características de una persona que la hace diferente de la mayoría: tener síndrome de Down, tener visibilidad reducida, entre otras; la discapacidad resulta de las barreras que se le imponen a la persona por tener esa característica y que le impiden ejercer sus derechos, falta de flexibilidad en los currículos escolares, documentos que no usan alto contraste. El problema no está en la persona, el problema es estructural y por lo tanto depende del contexto; es diferente la discapacidad de una persona que habita en una gran ciudad a alguien que vive en el campo. De igual forma la discapacidad no es igual a como lo era hace 20 años en un mismo lugar, es un concepto en constante evolución. Así, esta forma de concebir la discapacidad surge como una respuesta a los dos modelos descritos anteriormente. Es un reclamo de cientos de personas con discapacidad alrededor del mundo que durante los años sesenta iniciaron una serie de campañas, principalmente en Europa y Estados Unidos dirigidas a buscar un cambio de política pública, una transformación en donde ya no fueran considerados ciudadanos de segunda clase, minusválidos o enfermos. Buscaban principalmente cambiar el foco de atención de su diversidad funcional a las múltiples barreras sociales y ambientales. Barreras físicas como escaleras y puertas angostas, barreras de comunicaciones como la falta de Braille o intérpretes de lengua de señas en un juzgado, barreras actitudinales como el rechazo de estudiantes con discapacidad intelectual en colegios. Buscaban ser parte de la vida cotidiana, jurídica y política, siendo ellos y ellas los que diseñaran las normas que los iban a afectar, no la Iglesia, no los médicos. La salud y rehabilitación seguían y siguen siendo importantes, pero dentro de las elecciones de vida de cada persona. La imagen de debilidad y caridad empezó a ser reemplazada por una lucha por la igualdad, por los derechos humanos. Esto sería la base para crear el Modelo Social de la Discapacidad. Los principios se basan en el análisis de la discapacidad de una forma holística, no basta con identificar que la persona tiene escasos recursos o no tiene empleo, hay que hacer un análisis completo en donde se priorizara lo que la persona con discapacidad desea y qué le impide alcanzarlo. De esta forma, se creó un movimiento base que fue impulsando una serie de principios relacionados con los derechos humanos ya existentes para plasmarlo después en un nuevo instrumento internacional. La discapacidad había sido abordada hasta el momento bajo la legislación de servicios asistenciales, de salud y curatela; con este nuevo enfoque la discapacidad pasaba a ser un tema de derechos humanos. La temática ya no se enfocaba en el cuidado, se enfoca en la participación política, la educación inclusiva, la igualdad, la dignidad, la autonomía y la participación en la comunidad. Se crea entonces un movimiento de derechos humanos: Principalmente, la dignidad humana porque el ser humano deja de ser importante por su utilidad para la sociedad y empieza a ser importante por el hecho de existir, se entiende que sus decisiones y libre desarrollo de la personalidad, son esenciales.

La autonomía como la libertad de tomar decisiones sobre su propia vida buscando el máximo posible de independencia, replanteando este mismo concepto. Se empieza a reconocer que ninguna persona es independiente del todo; todos los seres humanos necesitan apoyo en ciertas áreas para poder ejercer nuestra autonomía. En el proceso de tomar decisiones para la vida, especialmente las que van a tener cierto impacto, se recurre usualmente a personas cercanas, familiares o expertos que pueden apoyar en todo o parte del proceso, sin tomar la decisión por la persona. Las personas con discapacidad no son diferentes, por lo tanto, la necesidad de apoyo y dependencia de esta población es compartida en mayor o menor

medida por las personas sin discapacidad. Sin embargo, profesionales de la salud le han otorgado un concepto y carga equivocada a la palabra dependencia, enfocándola en las actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse o comer de forma independiente. Por el contrario, las personas con discapacidad lo definen como la capacidad de tomar decisiones con los apoyos necesarios. La autonomía se convierte entonces en un punto de llegada y no en el punto de partida. También es esencial mencionar el derecho a la igualdad, una igualdad material y efectiva en donde se reconozca la diferencia de forma positiva y eliminando los prejuicios existentes. Una igualdad en donde se apliquen medidas tendientes a compensar la desigualdad en la distribución de oportunidades y recursos; en donde se garantice una educación gratuita, de calidad y flexible, donde se garantice la plena participación política y se eliminen las barreras para vivir en comunidad. En este sentido, bajo este modelo se introduce el concepto de ajustes razonables que son considerados como modificaciones que la sociedad debe implementar para mitigar estas barreras que la sociedad genera frente a las personas con discapacidad. Se introduce también el concepto de diseño universal, en donde se diseñan servicios, edificios, comunicaciones, entorno, entre otros, teniendo en cuentas las características y necesidades de la mayor cantidad de personas, así habrá un mundo pensado en la diversidad y la inclusión.

El modelo social de la discapacidad se presenta como un nuevo paradigma del tratamiento actual de la discapacidad, que ha tenido un desarrollo teórico y también normativo. Es un modelo que considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta nueva perspectiva, se pone énfasis en que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que el resto de las demás personas, pero siempre desde la valorización a la inclusión y el respeto a lo diverso. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con los valores esenciales que fundamentan los Derechos Humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad, que propician la disminución de barreras y que dan lugar a la inclusión social, que pone como base los principios como: autonomía personal, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, dialogo civil, entre otros. Se parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción social, no es la deficiencia que impide a las personas con discapacidad acceder o no a un determinado ámbito social, sino los obstáculos y barreras que crea la misma sociedad, que limitan e impiden que las personas con discapacidad se incluyan, decidan o diseñen con autonomía su propio plan de vida en igualdad de oportunidades.

CONCEPCION DEL MODELO	<ul style="list-style-type: none">• Consecuencia de la interacción entre la persona y su entorno• Salud- enfermedad como un continuo
CONCEPCION DEL SUJETO	<ul style="list-style-type: none">• Resultante de Fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales-
TRATAMIENTO IMPARTIDO	<ul style="list-style-type: none">• Inclusión social• Énfasis en la rehabilitación integral• Marco multidisciplinario y entorno accesible

INTERVENCION
ESTATAL

- Políticas sanitarias integrales e inclusivas

DISCAPACIDAD

CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

Concepto de discapacidad: “Término genérico que incluye déficit, 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 (factores ambientales y personales)” CIF IA, OMS, 2011, p.221.

La discapacidad es parte de la condición humana. Casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas, y los que sobrevivan y lleguen a la vejez experimentarán cada vez más dificultades de funcionamiento. (Informe Mundial de la discapacidad). Las clasificaciones de la OMS se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social. El principio del universalismo implica que los seres humanos tienen de hecho o en potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. Lo que hay es un continuo de niveles y grados de funcionalidad. Siendo así la discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas, (lo que se espera o lo que hagan). Por lo tanto, se considera la discapacidad como un concepto complejo, dinámico, multidimensional y objeto de discrepancia. En las últimas décadas, el movimiento de las personas con discapacidad, junto con numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, han identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un modelo médico rehabilitador a un modelo social, en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos. El modelo médico y el modelo social a menudo se presentan como dicotómicos, pero la discapacidad debería verse como algo que no es ni puramente médico ni puramente social: las personas con discapacidad a menudo pueden experimentar problemas que derivan de su condición de salud. Se necesita un enfoque equilibrado que le dé el peso adecuado a los distintos aspectos de la discapacidad. La CIF, considerada el marco conceptual de este informe, entiende el funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. La promoción de un *modelo bio-psicosocial* representa un equilibrio viable entre los modelos médico y social. El término genérico discapacidad abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las

restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

TIPOS DE DISCAPACIDAD

Existen diferentes tipos de discapacidad que explicaremos a continuación:

Discapacidad motora: Se considera discapacidad motora a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-músculo tendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas. Para poder realizar la certificación de discapacidad, se tendrá en cuenta la condición de salud de la persona.

Discapacidad sensorial auditiva: Se considera discapacidad auditiva a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales del sistema auditivo (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

Discapacidad sensorial visual: Se considera discapacidad visual a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real y las restricciones en su desempeño, considerando los dispositivos de ayudas ópticas adaptaciones personales y/o modificaciones del entorno.

Discapacidad visceral: Se considera discapacidad visceral a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinarias (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real. Para una mejor comprensión, se divide la siguiente normativa de Discapacidad Visceral según condición de salud de origen Cardíaco, Respiratorio, Renal - Urológico, Digestivo y Hepático.

Discapacidad mental: Se define a la Discapacidad Mental como un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas. Así mismo, se considera que una discapacidad puede ser: Total: cuando el individuo ha perdido más del 66 % de sus capacidades. Parcial: cuando no alcanza dicho porcentaje. Permanente: cuando no hay

recuperación ad integrum de la capacidad afectada Transitoria: cuando la capacidad afectada puede ser recuperada a través de los diferentes medios terapéuticos

Discapacidad intelectual: se define como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos. Que se origina antes de los 18 años y es un término que reemplaza al de retraso mental y constituye una parte integrante de la diversidad humana

DISCAPACIDAD EN LA ARGENTINA

DATOS Y CIFRAS

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad- OMS, Banco Mundial-Año 2011 existen más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad, el 80% de ellos viven en países en vías de desarrollo. Entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para funcionar. Se calcula que unos 93 millones de niños (esto es, uno de cada 20 personas de menos de 15 años), viven con una discapacidad entre moderada a grave.

La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las mujeres, los adultos mayores y los pobres. Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas. Además, en los países en desarrollo el envejecimiento se produce con una baja calidad de vida y trastornos de salud de variada severidad. Por lo tanto, la prevalencia de discapacidades es mayor en los países de ingresos bajos, que de los de ingresos altos. Las personas con discapacidad tienen mayor dificultad para el acceso a los servicios de asistencia socio sanitaria y, así, necesidades insatisfechas en este aspecto

En la Argentina, mediante un convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), el INDEC definió un diseño metodológico y conceptual e implementó el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018, cuyos resultados definitivos se presentan a continuación:

El Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad fue implementado en las localidades urbanas de 5.000 y más habitantes de todo el territorio nacional, durante los meses de abril y mayo de 2018. Se visitaron alrededor de 41.000 viviendas particulares, mediante la metodología de entrevista directa, utilizando tabletas digitales.

Prevalencia de población con dificultad de 6 años y más:

- El 10,2% de la población de 6 años y más tiene algún tipo de dificultad.
 - El 9,5% de los varones de 6 años y más tienen dificultad.
 - El 10,8% de las mujeres de 6 años y más tienen dificultad.

La prevalencia de dificultad en la población es de:

- ° 5,0% entre los 6 y 14 años.
- ° 4,8% entre los 15 y los 39 años.
- ° 12,1% entre los 40 y los 64 años.
- ° 25,4% entre los 65 y 79 años.
- ° 46,6% a partir de los 80 años.

La prevalencia de la población con dificultad de 6 años y más es similar en todas las regiones del país.

Cantidad de dificultades

- El 59,0% de la población con dificultad de 6 años y más tiene solo una dificultad, el 30,5% tiene dos dificultades o más y el 10,5% solo tiene certificado de discapacidad vigente.

¿Cuáles son las discapacidades más frecuentes?

En primer lugar, las motoras (39,5%). Luego en frecuencia continúan 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 intelectuales y el 36,8%, problemas mentales. Se entiende por discapacidad intelectual 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, epilepsia, demencia, 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 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 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.

RESEÑA HISTORICA

En América Latina, 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 disponían 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 Braile 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 más 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 entre 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.

LEGISLACION Y MARCOS REGULATORIOS VIGENTE EN NUESTRO PAIS

La discapacidad se encuentra regulada en nuestro país por una multiplicidad de leyes nacionales, 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 "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.

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).

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

Es la ley 22431 la que propone una definición legal del concepto de “discapacidad” y establece la existencia de un certificado que la acredite

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 aun 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, llegándose 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.

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 discapacitada, los cuales son:

- 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 servicio incluye dos áreas: a) Tratamiento rehabilitatorio propiamente dicho y b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos.
- i) Atención odontológica integral: que abarcará desde atención primaria hasta técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación.

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

El último capítulo de la ley es el VII (artículos 33 a 40) titulado “Prestaciones Complementarias” del que, entre otras cosas, se extraen otros importantes principios de interpretación de la ley. El artículo 33 prevé la prestación de una cobertura económica de ayuda al discapacitado a fin de facilitar la permanencia de la persona en el ámbito que resida y apoyar al beneficiario y a su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad no contempladas en la ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/ rehabilitación e inserción socio laboral.

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

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

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

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

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

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.

En el año 2001 la **Ley 25504** “Sistema de protección integral de los discapacitados” Modificación de la ley 22431, establece que el ministerio de salud de la nación expedirá 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.

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).

La Asamblea General de la ONU adoptó, el 13 de diciembre de 2006, la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, un avance histórico para más de 650 millones de personas en el mundo al situar la discapacidad en el plano de los derechos humanos. Este trascendental tratado, que requiere de un mínimo de veinte ratificaciones para su entrada en vigor, exige a los Estados que trabajen con miras a afirmar medidas de acción positiva y políticas de no discriminación, así como adaptar su ordenamiento jurídico al contenido de la Convención que recoge en sus 50 artículos los principios que rigen su aplicación, los derechos dirigidos a proteger y promover la libertad, la igualdad y dignidad de las personas con discapacidad como sujetos de derechos, así como las obligaciones para los países que la adopten. Conjuntamente con la Convención, la Asamblea General aprobó un Protocolo Facultativo, que permite que las personas y los grupos presenten sus reclamaciones ante el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, convirtiéndose así en un instrumento jurídico exigible a la hora de hacer valer de marea efectiva los derechos del 10% de la población mundial. Se trata del primer tratado internacional del s.XXI, en cuyo proceso de negociación, el más rápido de la historia del derecho internacional, destaca el trabajo conjunto de los gobiernos y de la sociedad civil. Una convención internacional es un acuerdo importante entre varios países. Los países que firman una Convención se obligan a cumplir las mismas reglas.

¿Quién escribió la Convención? La Convención fue escrita por las Naciones Unidas. Naciones Unidas es un grupo de países que proponen reglas para que se cumplan de la misma forma en todo el mundo. La Argentina es un país que forma parte de las Naciones Unidas.

¿Para qué se firmó la Convención? La Convención se firmó para que las personas con discapacidad sean respetadas. Las Naciones Unidas quieren que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos y las mismas oportunidades que todas las demás

La convención y cada uno de sus artículos se basan en ocho principales rectores:

- 1) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas
- 2) La NO discriminación
- 3) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad
- 4) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana
- 5) La igualdad de oportunidades
- 6) La accesibilidad
- 7) La igualdad entre el hombre y la mujer
- 8) El respeto a la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y su derecho a preservar su identidad

personas. Las Naciones Unidas quieren que los países que firman la Convención den ayudas y apoyos a las personas con discapacidad para que puedan elegir y decidir cómo vivir sus propias vidas.

En 2008 la **Ley 26378** ratifica la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*,

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 2011 el Sistema Nacional de Rehabilitación lanza las normativas para la certificación de discapacidad, las cuales sufrieron en 2015 una revisión, siendo estas últimas las que se utilizan en la actualidad para otorgar o denegar el CUD.

En 2017 por Decreto N° 698/17 se creó la Agencia Nacional de Discapacidad, como organismo descentralizado actuante en la órbita de la Secretaria General de la Presidencia de la Nación. Por Decreto N° 868/17 se crea el Programa nacional “Plan Nacional de Discapacidad” que tendrá como objetivo la construcción de políticas públicas tendientes a la plena inclusión social de las personas con discapacidad, contemplando los principios y obligaciones comprometidos por medio de la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, aprobada por la Ley 26.378

En 2018 mediante la Resolución 232/2018 se implementa la modificación de solicitud y protocolo del CUD

RESPONSABILIDAD LEGAL PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS

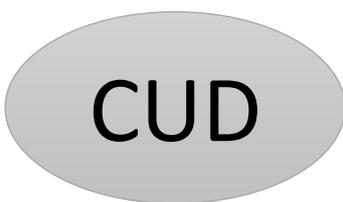
En cuanto a los sujetos obligados a cumplimentar con las prestaciones, mientras la Ley 22.431 se refiere al Estado como principal obligado, resultando las obras sociales como subsidiarias; en la Ley 24.901 las obras sociales tienen a su cargo “con carácter obligatorio” la cobertura total de las prestaciones 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.

CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD)

En 2009, mediante la Resolución 675/09 del Ministerio de Salud de la Nación, se aprobó el Certificado Único de Discapacidad (CUD) y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad para todo el territorio nacional. Anteriormente, existían en el país diferentes certificados de discapacidad. Cada jurisdicción emitía su propio certificado de acuerdo a la ley local que coexistía con los certificados emitidos por leyes nacionales 22.431 y 24.901 con validez en todo el territorio.

DESCENTRALIZACION DE LA CERTIFICACION

El arduo proceso de descentralización del CUD comenzó en el año 2006 y el primer certificado según Resolución 675/09 se emitió en el año 2009 en la provincia de Santiago del Estero. El proceso de descentralización se completó en el año 2015 con la incorporación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, significa que se abrieron juntas evaluadoras interdisciplinarias en todo el país que evalúan la situación de las personas que solicitan el CUD regidas por las mismas normativas para la evaluación y certificación de discapacidad. Cabe destacar que el mismo constituye la puerta de entrada a los derechos previstos por la legislación vigente. Argentina cuenta con un Registro Nacional de Situación de las Personas con Discapacidad (RNPCD), el cual reúne la información registrada en los Certificados Únicos de Discapacidad de todo el país. Está diseñado especialmente para recopilar información sobre la condición de salud y los estados relacionados con la salud de las personas que solicitan el CUD, cuenta con información sobre diversas dimensiones de la vida de las personas con discapacidad como: características socio demográficas, educación, inserción en el mercado laboral, cobertura de salud, percepción de beneficios y situación familiar y habitacional, como así también información referida al inicio, causas y secuelas de la discapacidad y perfil de funcionamiento.



- ✓ Es una política pública
- ✓ Propicia la federalización por su validez nacional
- ✓ Unifica los criterios de certificación de la discapacidad en todo el país
- ✓ Hace más accesible los derechos a cada ciudadano

DERECHOS Y BENEFICIOS ASOCIADOS:

TRANSPORTE	Los decretos N°38/2004 y N°118/06 establecen el acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia de trenes, subtes, colectivos y micros.
SIMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO	La Ley N°19279, modificatorias y decreto N°1313/93 garantiza a las personas con discapacidad el derecho al libre tránsito y estacionamiento con total prescindencia del automotor en el cual se traslade.
REGIMEN DE ASIGNACIONES FAMILIARES	Hijo con discapacidad Ayuda escolar anual por hijo con discapacidad
EMPLEO	El estado nacional, los organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas de estado y las concesionarias de servicio público tienen la obligación de ocupar personas con discapacidad en una proporción no inferior al 4% del total de su personal.
MINISTERIO DE TRABAJO	Programa de inserción laboral. Programa de entrenamiento para el trabajo Beneficios para los empleadores en la contratación de trabajadores con discapacidad
CUD EN SALUD	Incluye: medicamentos, prótesis, tratamientos acordes al tipo de discapacidad certificada, prestaciones de rehabilitación.
PRESTACIONES EDUCATIVAS	Educación inicial Educación general básica Formación laboral

PROTOCOLO CUD

El Protocolo y el CUD fueron el resultado del esfuerzo conjunto de las jurisdicciones provinciales y el Ministerio de Salud de la Nación a través del Servicio Nacional de Rehabilitación. Los mismos fueron elaborados de acuerdo a los parámetros internacionales vigentes. Se han utilizado herramientas de la familia Internacional de Clasificaciones (FIC) aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 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).

Después de varios años de trabajo en conjunto, en el Consejo Federal de Discapacidad, celebrado en la ciudad de Rosario en el mes de noviembre de 2008, se presentó la versión definitiva del protocolo de evaluación y el CUD, siendo consensuado y aprobado por unanimidad por todas las provincias presentes. El CUD no sólo unifica los criterios de certificación de la discapacidad en todo el país, sino que se constituye en una política pública cuyo objetivo es acercar aún más los derechos instituidos por ley a cada ciudadano que lo necesite. En el año 2015, luego de un arduo trabajo en conjunto con las provincias, se realizaron modificaciones en el protocolo de evaluación para optimizar la recolección de datos. Las mismas fueron publicadas en el boletín oficial, por Resolución 558/16 del Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente, en el marco de la Agencia Nacional de Discapacidad, se ha realizado una nueva modificación de la solicitud y del protocolo de evaluación, con el objetivo de recabar información específica relacionada con el contexto socio ambiental de cada persona con discapacidad. Es así como se introducen ciertos indicadores que permitirán evaluar los factores contextuales (facilitadores o barreras) de las personas con discapacidad; así como también la situación de dependencia.

Para continuar vamos a definir los conceptos nucleares:

- Concepto de discapacidad: “Término genérico que incluye déficit, 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 (factores ambientales y personales)”
- Vulnerabilidad social: “Conceptualmente la vulnerabilidad social es entendida como una configuración particular, negativa, resultante de la intersección de dos conjuntos; uno, definido a nivel macro relativo a la estructura de oportunidades y otro referido a nivel micro, referido a los activos de los actores (...) es posible afirmar que la diferencia entre estos dos conjuntos radica en el hecho de que los individuos directamente no controlan o no puede incidir en los patrones más generales de la estructura de oportunidades mientras el segundo conjunto, relativo a los activos, depende de los individuos”.
- 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 ambientales y Factores personales” (CIF IA, OMS, 2011, p.222)

- FACTORES AMBIENTALES: los aspectos del mundo externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal, afecta el funcionamiento de una persona.

- FACTORES PERSONALES: tiene que ver con el individuo, como la edad, el sexo, experiencias vitales, etc. Estos conceptos son dinámicos, multidimensionales y es

esencialmente un enfoque analítico ya que permite pensar en la idea de configuraciones vulnerables, ni el sujeto ni su contexto son estáticos. El universo del análisis es la persona. La noción de los factores contextuales es consustancial a la vida social, por esto presenta una mirada multidimensional, la cual será detallada a través de diferentes indicadores:

- Ruralidad
- Condición ambiental y accesibilidad
- Nivel de alfabetización
- Condición de actividad
- Cobertura de salud
- Situación previsional

➤ Dependencia: Hace referencia a una situación en la que se encuentra una persona ya sea por falta de autonomía y/o autodeterminación. Para comprender de qué hablamos cuando nos referimos a dependencia es de suma importancia conocer el marco teórico, para ello veamos algunos conceptos claves:

- La Independencia, se nutre de dos conceptos que se interrelacionan y a su vez lo componen, estos son la autodeterminación y la autonomía:

- Autodeterminación: capacidad del individuo para realizar elecciones con libre albedrío y asumir las consecuencias de las mismas. Es la capacidad de evaluar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar actividades de la vida diaria

- Autonomía: capacidad para llevar a cabo determinadas acciones

- La dependencia es un estado que puede ser transitorio o permanente, que impide el desarrollo de una persona en la ejecución de su vida cotidiana, necesitando la incorporación de un apoyo humano permanente. Está vinculada a un estado de indefensión en donde la ausencia de un tercero implica la no posibilidad de vida de esa persona. En función de esto es que evaluamos la situación de dependencia de las personas entrevistadas utilizando para tal fin las categorías de Actividad y Participación de la CIF que componen el mencionado instrumento.

En el apartado de Dependencia la capacidad se evalúa contemplando cómo la persona realiza la actividad en cuestión en un contexto que incluye todos los factores ambientales de uso cotidiano, excluyendo la ayuda de terceros. Por lo tanto, si la persona cuenta con ayudas técnicas, toma medicamentos, entre otros, éstos son incluidos para la evaluación de la capacidad, solo excluyo la ayuda de otra persona, por ejemplo, familiar o cuidador.

Conocer todos estos conceptos nos permiten entender que el otorgamiento de un CUD no es por el diagnóstico sino por la condición de salud del individuo, siendo el diagnóstico la puerta de entrada para la evaluación del perfil de funcionamiento de la persona.

CONCLUSION

“La discapacidad es una cuestión de derechos humanos”, parece en la actualidad ser una afirmación no factible de ser cuestionada. Sin embargo, hasta tiempos no muy lejanos, la mirada hacia la discapacidad partía desde una concepción caritativa, que no llegaba a comprender la complejidad social de este fenómeno. Ello sin duda es el resultado de una historia de persecución, exclusión, y menosprecio a la que las personas con discapacidad se vieron sometidas desde tiempos muy lejanos. Un primer modelo, que se podría denominar de prescindencia, consideraba que las causas que dan origen a la discapacidad respondían a un motivo religioso. Las personas con discapacidad eran percibidas como una carga familiar y social, se los consideraba como seres no merecedores de la vida e innecesarias ya que por su deficiencia no estaban en condiciones de aportar nada a la comunidad, por lo que era usual que el colectivo tuviera un destino de exclusión social o directamente su supresión física. El segundo modelo es el que se puede denominar médico rehabilitador. Desde su filosofía se considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino científicas (derivadas en limitaciones individuales de las personas). Las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este modelo es la recuperación o normalización de las personas con discapacidad o al menos su mayor disimulo. El modelo médico rehabilitador considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

El tercer modelo, denominado Social, es aquel que considera que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía actual se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades. Este último modelo mencionado, ha sido la consecuencia de una larga lucha, planteada por las propias personas con discapacidad, que tuvo sus frutos en diversos ámbitos. Uno de dichos ámbitos es el del derecho internacional de los derechos humanos, con sus consecuentes implicaciones en los Derechos de las legislaciones internas de los Estados Parte. El último paso en dicho sentido, ha sido la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ahora bien, durante todo el proceso de elaboración de dicha Convención — en la que participaron muy activamente las organizaciones de personas con discapacidad— se sostuvo que la misma adoptaría el modelo social a la hora de comprender el fenómeno de la discapacidad.

Se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas —sin discapacidad—. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia. Por lo tanto, requiere de la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias, para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona, pero también destaca que la discapacidad es resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. Cuantos más obstáculos hay, más discapacitada se vuelve una persona. Las discapacidades incluyen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales tales como ceguera, sordera, deterioro de la movilidad y deficiencias en el desarrollo. Si se define la discapacidad como una interacción, ello significa que la discapacidad no es un atributo de la persona. Se pueden lograr avances para mejorar la participación social abordando las barreras que impiden a las personas con discapacidad desenvolverse en su vida cotidiana. La visión estereotipada de la discapacidad todavía está en los usuarios de silla de ruedas y en algunos otros grupos como las personas ciegas o sordas.

La Clasificación internacional del Funcionamiento (CIF) nos señala que las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología, ni con su forma de desarrollarse, esto modifica el restringido entendimiento biomédico-lineal (causa-efecto) que señala que la discapacidad sólo se manifiesta como producto de una deficiencia física, sensorial o psíquica. En este contexto la discapacidad se conceptualiza como un término genérico que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales.

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. Podría afirmarse que, bajo los presupuestos defendidos desde este paradigma, los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad son la seguridad social y el trabajo ordinario —aceptándose sólo de manera excepcional y transitoria el empleo protegido—. No obstante, debe aclararse que los defensores del modelo social remarcan que —si bien es una herramienta muy útil como medio de integración social— el trabajo no es la única manera de inclusión en la sociedad, tal como parecía plantearse desde el modelo rehabilitador. En primer lugar, se pretende que la seguridad social y el empleo de las personas con discapacidad no sean dos términos excluyentes. En gran parte de los sistemas de seguridad social de muchos países, incluida Argentina, las personas con discapacidad reciben una subvención por discapacidad, que pierde automáticamente en el momento de obtener un empleo.

Ahora bien, debe aclararse que, no obstante, su relación, la dependencia no debe ser necesariamente asimilada con la diversidad funcional. De hecho, existen personas con discapacidad que no se encuentran en una situación de dependencia, y personas sin discapacidad que se encuentran en un determinado momento de su vida en una situación de dependencia. Ello porque la situación de dependencia comprende más situaciones que las estrictamente derivadas de la diversidad funcional, dado que las limitaciones funcionales que sufre una persona no derivan únicamente de sus características individuales, sino también de las características de su entorno y medio en el que se desarrollan sus actividades habituales.

Hay muchas formas en las que la dependencia es creada, como por ejemplo las actitudes sociales condescendientes, la inaccesibilidad del entorno y otras, que constantemente fuerzan a las personas con discapacidad a buscar ayudas. Este modelo aboga por la inclusión de la diferencia que implica la diversidad funcional, como una parte más de la realidad humana. Ello ha derivado en que las políticas de empleo en relación con las personas con discapacidad hayan experimentado un cambio importante en los últimos años. Este cambio se debe a dos razones esenciales. La primera, la gran presión ejercida por las propias personas con discapacidad a través de sus organizaciones; y la segunda es la creciente conciencia respecto de que las dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad a la hora de obtener y mantener un empleo se deben más al modo en que el trabajo está estructurado y organizado, que a la discapacidad en sí misma, y que esos obstáculos pueden ser superados si se adoptan las medidas adecuadas. La vida independiente y autónoma que tengan las personas con discapacidad no sólo debe incluir la calidad de las tareas físicas que pueden realizar, sino más bien la calidad de vida que pueden llevar adelante. Y será precisamente a partir del respeto por las premisas mencionadas que las personas con discapacidad se encontrarán en condiciones de aportar a la comunidad en igual medida que el resto, aunque dicho aporte en ciertas ocasiones provenga desde diferentes maneras de comunicarse, de realizar ciertas actividades, de comprender el significado de las cosas, etc.

En nuestro rol de médicos debemos tener siempre presente que 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.

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 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.

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. Este será el trabajo de cada Junta Evaluadora, encargada de determinar si existiera o no una discapacidad teniendo como parámetro lo establecido en las normativas para la certificación de la discapacidad. Entendiendo que no es un estado permanente dado que el funcionamiento de la persona es dinámico, por ello, se considera que la reevaluación es necesaria porque todas las personas cambiamos a lo largo de nuestra vida y porque entendemos a la discapacidad como un concepto dinámico y multidimensional. Con el paso del tiempo podemos tener cambios en nuestro funcionamiento, en las necesidades prestacionales, agravamientos o haber mejorado en algún aspecto. Por eso tiene sentido que la persona tenga la posibilidad de ser reevaluada para conocer la situación en la que se encuentra y a su vez esto le permite al Estado contar con datos para el diseño y ejecución políticas públicas basadas en las necesidades de esta población.



BIBLIOGRAFIA

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.

Fundación Par. Libro de la Discapacidad en Argentina, 1º edición. Fundación Par, Buenos Aires; 2005.381p.

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.

Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Certificado Único de Discapacidad-Instructivo. 2019

Patitó, José Ángel. Manual de Medicina Legal, 1º edición. Librería Akadia Editorial, Buenos Aires; 2008. 320p.

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.

En Discapacidad, una perspectiva clínica desde el Psicoanálisis. 2º Edición. Ed. La nave de los locos. Buenos Aires

Neurociencia, discapacidad intelectual y biopolítica. Revista Síndrome de Down, 32. Recuperado de http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4938/Neurociencia_discapacidad%20intelectual_y_biopol%C3%ADtica.pdf?sequence=1 Carbonelli Paret, E. (2014).

Discapacidad intelectual. De un modelo rehabilitador a un modelo de derechos. Barcelona: Comité de Bioética de Cataluña. García Sánchez, E. (2013).

¿Por qué los seres humanos vulnerables solo pueden ser dignos? Reflexiones bioéticas desde el pensamiento de Joseph Ratzinger. MEDIC, 21(2), 30-35. Recuperado de <http://www.medicjournal-campus.it/fileadmin/MEDICS/archivio/vol2-2013/06.pdf> González Fernández, P. (2013).

Naciones Unidas (2007). Convención sobre los Derechos de las Personas con

Discapacidad. División de Política Social y Desarrollo Social del DAES. Nueva York.

Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>

Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2012).

Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ginebra. Disponible en: https://www.agro.uba.ar/sites/default/files/discapacidad/crpd-c-arg-co-1_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=104E3E70123A0913AA1E62F5C7619E4C?sequence=1

Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018, difundido en redes sociales. INDEC

Bioética y discapacidad en la atención sanitaria pediátrica. IX Congreso Internacional de la FIBIP y I Congreso Internacional de Bioética del Centro Juan Pablo II. López Frías, F. J., Morales Aguilera, P., Sebastián Solanes, R. F., Gil Blasco, M., Arteta Arilla, M., & Costa Alcaraz, A. M. (2016).

Bioética: discapacidad y actividad física. Ciencias De La Actividad Física, 15(2), 73-85. Recuperado de <http://re-vistacaf.ucm.cl/article/view/65> Muñoz Quesada, M.T., & Lucero Mondaca, B. A. (2016).

Enfoque bioético de la discapacidad y calidad de vida. MEDISAN, 17(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_ttext&pi-d=S1029-30192013000100018 Zambrano, M. B. L., Canabal, R. Y. C., Yañez, C. E. M., Mendoza, E., & Mendoza, G. (2016).

La bioética como plataforma de los cuidados espirituales en la persona humana discapacitada motora. Cuid Salud. Recuperado de <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/36>

Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., Visión y modelos conceptuales de la discapacidad, Noviembre 2001, Recuperado de fci.uib.es/digitalAssets/179/179361_nasso_dp.doc

ANEXO

CUD

CERTIFICADO N°:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:		
TIPO Y NRO DOC.:	N° CUIT/CUIL:	F/NACIMIENTO:
<p><u>DIAGNOSTICO:</u></p> <p><u>DIAGNOSTICO FUNCIONAL:</u> <u>FUNCIONES CORPORALES:</u></p> <p><u>ESTRUCTURAS CORPORALES:</u></p> <p><u>ACTIVIDAD / PARTICIPACION:</u></p> <p><u>FACTORES AMBIENTALES:</u></p>		
ORIENTACION PRESTACIONAL:		
VENCIMIENTO:		
El presente certificado tiene validez hasta el:		
<i>El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.</i>		
ACOMPAÑANTE:		
<i>"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante."</i>		Acompañante:
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN		
Lugar:		Fecha emisión:
EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:		
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		 NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	
APELLIDO.....		FECHA EMISION	FECHA VTO
NOMBRES.....		PROFESIONAL	ACOMPANANTE
TIPO/NRO DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PROFESIONAL	PROFESIONAL
EMITIDO POR.....		CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD	

ANEXO

Protocolo

CUD



Presidencia de la Nación
 Secretaría General
 Agencia Nacional de Discapacidad
 Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

EXPEDIDO POR:	
Junta Evaluadora:	Código de Junta:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
DNI F	L.C.
DNI M	L.E.
C.I.	PAS.
País:	
Número:	

1. ASPECTOS FUNCIONALES

1.1. CONDICIÓN DE SALUD

	Código CIE-10	S/E ⁽¹⁾

(1) S: Secuela; E: Etiología

ORIGEN	
Congénito	
Adquirido	
Desconocido	

CAUSAS ADQUIRIDAS	
Accidente (de tránsito, doméstico, laboral, deportivo, etc.)	
Problemas en el parto	
Inundaciones, contaminación, hechos violentos, guerras.	
Enfermedades o síndrome	
Otras. Especificar:.....	

Fuente de Verificación			
Cert. Médico	Resumen H. Clínica	Est. Complementarios	Informes

FECHA DE INICIO DEL DAÑO	
Mes (mm)	Año (aaaa)

1.2. EQUIPAMIENTO									
Silla de ruedas		Ortesis		Andadores		Prótesis		Bastones	
Ayudas Ópticas		Audifono		Otros. Especificar:.....					

1.3. FUNCIONES CORPORALES																	
	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C
Funciones mentales (b110 a b199)	b1				•		b1				•		b1				•
Funciones sensoriales y dolor (b210 a b299)	b2				•		b2				•		b2				•
Funciones de la voz y el habla (b310 a b399)	b3				•		b3				•		b3				•
Funciones de los sistemas cardiov., Hemat. Inmunol. y respiratorio (b410 a b499)	b4				•		b4				•		b4				•
Funciones de los sistemas digestivos, metabólico y endócrino (b510 a b599)	b5				•		b5				•		b5				•
Funciones genitourinarias reproductivas (b610 a b699)	b6				•		b6				•		b6				•
Funciones neuro-músculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710 a b799)	b7				•		b7				•		b7				•
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b810 a b899)	b8				•		b8				•		b8				•

1.4. ESTRUCTURAS CORPORALES																								
	N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C	
Estructura del sistema nervioso (s110 a s199)	s1				•				s1				•				s1				•			
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210 a s299)	s2				•				s2				•				s2				•			
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310 a s399)	s3				•				s3				•				s3				•			
Estructuras de los sistemas cardiovascular inmunológico y respiratorio (s410 a s499)	s4				•				s4				•				s4				•			
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (s510 a s599)	s5				•				s5				•				s5				•			
Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor (s610 a s699)	s6				•				s6				•				s6				•			
Estructuras relacionadas con el movimiento (s710 a s799)	s7				•				s7				•				s7				•			
Piel y estructuras relacionadas (s810 a s899)	s8				•				s8				•				s8				•			

1.5. ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN																		
	N1	N2	N3	N4	C	C	N1	N2	N3	N4	C	C	N1	N2	N3	N4	C	C
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d199)	d1				•		d1				•		d1				•	
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2				•		d2				•		d2				•	
Comunicación (d310 a d399)	d3				•		d3				•		d3				•	
Movilidad, locomoción, disposición del cuerpo, destreza (d410 a d499)	d4				•		d4				•		d4				•	
Autocuidado (d510 a d599)	d5				•		d5				•		d5				•	
Vida doméstica (d610 a d699)	d6				•		d6				•		d6				•	
Interacciones y demandas interpersonales (d710 a d799)	d7				•		d7				•		d7				•	
Áreas principales de la vida diaria (d810 a d899)	d8				•		d8				•		d8				•	
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9				•		d9				•		d9				•	

1.6. FACTORES AMBIENTALES															
	N1	N2	N3	N4	C	N1	N2	N3	N4	C	N1	N2	N3	N4	C
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1					e1					e1				
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2					e2					e2				
Apoyo y relaciones (e310 a e399)	e3					e3					e3				
Actitudes (e410 a e499)	e4					e4					e4				
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5					e5					e5				

1.7. TIPO DE DEFICIENCIA					
Física Motora	<input type="checkbox"/>	Física Visceral	<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>
Sensorial Auditiva	<input type="checkbox"/>	Sensorial Visual	<input type="checkbox"/>	Intelectual	<input type="checkbox"/>

1.8. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	

1.9. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL (LEY 24.901)					
ESTIMULACIÓN TEMPRANA		CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO		HOGAR	
PRESTACIONES EDUCATIVAS (INICIAL/EGB)		CENTRO DE DÍA		RESIDENCIA	
FORMACIÓN/APRESTAMIENTO LABORAL Y/O PROFESIONAL		PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN		PEQUEÑO HOGAR	
SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR		CENTRO DE REHABILITACIÓN PERS. DISCAPACIDAD VISUAL		ASISTENCIA DOMICILIARIA	
				TRANSPORTE	

1.10. ACOMPAÑANTE	
La franquicia es extensiva a un acompañante (art. 22 inciso a, Ley 22.431)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

1.11. VALIDEZ DEL CERTIFICADO					
Este documento tiene validez hasta	<table border="1"> <tr> <td style="width: 40px; height: 30px;"> </td> <td style="width: 40px; height: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> </tr> </table>			Año	Mes
Año	Mes				
	luego del cual el interesado debe ser reevaluado				

1.12. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN											
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 40px; height: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>						Día	Mes	Año		
Día	Mes	Año									
<i>Ciudad</i>											

**Los datos ingresados en las hojas de 1 a 4 corresponden al análisis realizado por los abajo firmantes a partir de la documentación presentada por el interesado/a.*

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>

2. SITUACIÓN HABITACIONAL

2.1 DOMICILIO REAL

Cód. Postal	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	-----------------	----------------------

LOCALIDAD

PROVINCIA	<input type="text"/>	DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
------------------	----------------------	---------------------	----------------------

2.2 VIVIENDA

A) Vivienda Particular <input type="checkbox"/>	B) Vivienda Colectiva <input type="checkbox"/> (En caso de corresponder saltar al punto 2.2.2)
--	---

2.2.1 A) Vivienda Particular

2.2.1.1. Tipo de vivienda

Casa <input type="checkbox"/>	Infraestructura básica de la vivienda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Vivienda adaptada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rancho <input type="checkbox"/>		
Casilla <input type="checkbox"/>	Cantidad de cuartos de la vivienda <input type="text"/>	
Departamento <input type="checkbox"/>		
Pieza en inquilinato <input type="checkbox"/>		
Pieza en hotel familiar o pensión <input type="checkbox"/>		
Local no constituido para habitación <input type="checkbox"/>		
Vivienda móvil <input type="checkbox"/>		
Personas en situación de calle <input type="checkbox"/>		

2.2.1.2 ACCESIBILIDAD

Medios de Transporte		Estado de calles		
Menos de 300 metros <input type="checkbox"/>	Más de 300 metros <input type="checkbox"/>	Pavimento <input type="checkbox"/>	Mejorado <input type="checkbox"/>	Tierra <input type="checkbox"/>

2.2.1.3. GRUPO CONVIVIENTE

VIVE SOLO/A	Hijo/a <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Hermano/a <input type="checkbox"/>	Otros/as Familiares <input type="checkbox"/>
	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuelos/as <input type="checkbox"/>	Otros/as no Familiares <input type="checkbox"/>
¿Convive con Personas con discapacidad que tengan CUD u otro certificado de discapacidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa la respuesta consignar cantidad de personas <input type="text"/>				

2.2.2. B) Vivienda Colectiva	
Hospital, Clínica, Sanatorio *	<input type="checkbox"/>
Hogar (para personas mayores, religiosos, para niños, niñas y adolescentes)	<input type="checkbox"/>
Prisión, Comisaría, Instituto de Menores	<input type="checkbox"/>
Residencia, Hogar, Pequeño Hogar (Ley N°24.901 y Resolución Ministerial 1328/06)	<input type="checkbox"/>
Otro Especificar:	<input type="checkbox"/>
*¿La persona se encuentra en condiciones de externación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

3. EDUCACIÓN

Alfabetizado/a Si <input type="checkbox"/>	Analfabeto/a Si <input type="checkbox"/>	No aplicable Si <input type="checkbox"/>
--	--	--

¿Concurrió a alguna modalidad del sistema educativo?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Actualmente concurre a alguna modalidad del sistema educativo?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TRAYECTORIA EDUCATIVA											
Escuela Común			Escuela Especial			Escuela Domiciliaria y Hospitalaria			Escuela Rural		
Nivel Inicial	I	C	Nivel Inicial	I	C	Nivel Inicial	I	C	Nivel Inicial	I	C
Nivel Primaria	I	C	Nivel Primaria	I	C	Nivel Primaria	I	C	Nivel Primaria	I	C
Nivel Secundaria	I	C	Educación para adultos y jóvenes	I	C	Nivel Secundaria	I	C	Nivel Secundaria	I	C
Nivel Superior/ Universitario	I	C							Nivel Superior/ Universitario	I	C

Señalar: (I) = Incompleto (C) = Completo

¿Participó de un proyecto de inclusión educativa?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Participa de un proyecto de inclusión educativa?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

8. DEPENDENCIA				
8.1. EVALUACIÓN PRELIMINAR				
Descripción		Actividad y Participación		Factor Ambiental
		Desempeño	Capacidad	
GRUPO 1				
d177	Tomar decisiones			
d4153	Permanecer sentado			
d510	Lavarse			
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción			
d550	Comer			
d560	Beber			
d710	Interactuar básicamente con otras personas			
8.2. EVALUACIÓN COMPLETA				
Descripción		Actividad y Participación		Factor Ambiental
		Desempeño	Capacidad	
GRUPO 2				
d1750	Resolver problemas simples			
d335	Producir mensajes no verbales			
d570	Cuidado de la propia salud			
GRUPO 3				
d310	Recibir mensajes hablados			
d315	Recibir mensajes no verbales			
d4600	Desplazarse dentro de la casa			
d540	Vestirse			
GRUPO 4				
d2100	Llevar a cabo una tarea sencilla			
d230	Llevar a cabo rutinas diarias			
d320	Recibir mensajes en lenguaje de signos convencional (Lengua de señas)			
d325	Recibir mensajes escritos			
d330	Hablar			
d340	Producir mensajes en lengua de signos convencional (Lengua de señas)			
d345	Producir mensajes escritos			
d4154	Permanecer de pie			
d450	Andar			
8.3. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN				
<i>Ciudad</i>		<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
*Los datos ingresados en la hoja 8 corresponden al análisis realizado por los abajo firmantes a partir de la documentación presentada por el interesado/a.				
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL		
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>		