



**“LA DISCAPACIDAD EN EL  
SISTEMA DE SALUD ARGENTINO”**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Por FERNANDEZ, FLORENCIA MARIEL

ABOGACÍA

2017





**“LA DISCAPACIDAD EN EL  
SISTEMA DE SALUD ARGENTINO”**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Por FERNANDEZ, FLORENCIA MARIEL

ABOGACÍA

2017



A mi esposo Laureano

A mis padres: Miriam y Juan



## INDICE

- Resumen .....Pág. 11
- Abstract..... Pág. 13
- Introducción .....Pág. 15
  
- Capítulo I –EL DERECHO A LA SALUD .....Pág. 21
  - 1- Historia y antecedentes de la salud.....Pág. 21
  - 2- Conceptualización del derecho de salud. ....Pág.31
  - 3- Primeros beneficios sociales.....Pág. 34
  - 4- Organización de los sistemas de salud.....Pág.35
  
- Capítulo II – SISTEMA DE SALUD ARGENTINO - OBRAS SOCIALES.... Pág. 39
  - 1- Origen y régimen legal de las obras sociales. ....Pág. 42
  - 2- Naturaleza y caracteres de las obras sociales. ....Pág. 43
  - 3- Etapas en el desarrollo de las obras sociales. ....Pág. 44
  - 4- Sistema legal vigente de las leyes 23.660 y 23.661. ....Pág. 46
  - 5- Programa Médico Obligatorio (PMO). ....Pág.49
  - 6- Diferencia entre sector público, obra social y medicina prepaga. ....Pág. 51
  - 7- Encuesta. ....Pág. 52

•	Capítulo III – DISCAPACIDAD. ....	Pág. 55
1-	Antecedentes y evolución de la discapacidad. ....	Pág. 55
2-	Conceptualización de discapacidad. ....	Pág. 58
3-	Tipos de discapacidad. Situación del discapacitado en relación a la sociedad. ...	Pág. 61
4-	Jurisprudencia. ....	Pág. 65
•	Capítulo IV – REGIMEN LEGAL DE LOS DISCAPACITADOS. ....	Pág. 69
1-	Normativa Internacional. ....	Pág. 69
1.1.	Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. ....	Pág.69
1.2.	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. .	Pág. 70
2-	Normativa Nacional. ....	Pág. 72
2.1.	Constitución Nacional Argentina. ....	Pág. 72
2.2.	Ley 22.431: Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.....	Pág. 74
2.3.	Ley 24.901: Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad. ....	Pág. 74
2.4.	Ley 25.504: Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. ....	Pág. 75
2.5.	Análisis comparativo e la normativa nacional. ....	Pág 76

•	Capítulo V – ESTATUTOS ESPECIALES. ....	Pág.79
1-	Enfermedad Celíaca – Ley 26.588. ....	Pág. 79
2-	Reproducción Médicamente Asistida – Ley 26.862. ....	Pág. 81
3-	Aspectos legales de la Diabetes. Ley 25.753 y Ley 26.914. ....	Pág. 84
•	Capítulo VI – POLÍTICAS DE ESTADO. ....	Pág. 87
1-	Rol del Estado en relación a la discapacidad. ....	Pág. 87
2-	Áreas de inserción de discapacitados. ....	Pág. 88
•	Conclusión. ....	Pág. 93
•	Bibliografía. ....	Pág. 95



## RESUMEN

El presente Trabajo Final de Graduación (TFG) aborda la temática en torno a *La discapacidad en el Sistema de Salud Argentino*. Vamos a abordar lo referente a la cobertura o asistencia de la discapacidad en el sistema de salud vigente, y el marco legal de la discapacidad en nuestro país. El artículo 2 de la Ley 22.431 considera discapacitada a “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que con relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su interacción familiar, social, educacional o laboral”. Los discapacitados se encuentran en una situación de desventaja, frente a los demás miembros de la sociedad, constituyendo un sector vulnerable que merece protección especial por parte del Estado, los prestadores de salud y la sociedad en general.

En Argentina, más de cinco millones de personas viven con dificultad o limitación permanente (DLP), lo que representa el 12,9% del total de la población, y sus limitaciones avanzan a medida que envejecen, estos y otros datos fueron recolectados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2010).

Diversos estudios, demuestran que los sujetos que presentan algún tipo de discapacidad, se encuentran en desventaja respecto al resto de la sociedad, ya que tienen más probabilidades de presentar un estado de salud precario, menor acceso a la atención médica adecuada. Es por esto, que el Estado debe asumir un compromiso y rol activo, estableciendo programas de apoyo orientados a la atención, contención e inclusión de las personas con discapacidad, y estableciendo los mecanismos de control necesarios para que éstos se cumplan.



## **ABSTRACT**

This Final Work Graduation (FWG) approach the issue of disability in the Argentine Health System. We will approach the coverage or assistance of disability in the current health system, and the legal framework of disability in our country. Article 2 of Law 22.431 considers disabled "any person who suffers a permanent or prolonged functional, physical or mental alteration that in relation to their age and social environment entails considerable disadvantages for their family, social, educational or work interaction." The disabled are at a disadvantage vis-à-vis other members of society, constituting a vulnerable sector that deserves special protection from the State, health providers and society in general.

In Argentina, more than 5 million people live with a permanent disability or permanent limitation (DPL), which represents 12.9% of the total population, and its limitations advance as they age, these and other data were collected by the National Institute of Statistics and Censuses (INDEC, 2010).

Several studies demonstrate that subjects with some type of disability are at a disadvantage compared to the rest of society, since they are more likely to present a precarious state of health, less access to adequate medical care. For this reason, the State must assume a commitment and an active role, establishing support programs aimed at the care, containment and inclusion of persons with disabilities, and establishing the necessary control mechanisms to ensure that they are met.



## INTRODUCCIÓN

La temática abordada en el presente trabajo, se refiere a la “Discapacidad en el Sistema de Salud Argentino”. La discapacidad es un tema antiguo que data desde hace miles de años. Muerte, abandono, socorro, asistencia, rehabilitación, ocultamiento, discriminación, son algunos de los términos que la definen en sus distintos momentos históricos. Así, desde un punto de vista cronológico, se pueden describir las diferentes etapas y connotaciones que tuvo la discapacidad en el transcurso del tiempo. Se consideró en un primer momento, que las causas que daban origen a la discapacidad eran religiosas, cuya vida de los afectados no merecía la pena ser vivida; siendo en consecuencia de ello, sometidos a infanticidios o excluidos a través del aislamiento o encierro, generando de esta manera tranquilidad en la sociedad.

Avanzando en el tiempo, las causas que daban origen a la discapacidad, pasan de religiosas a científicas. En esta etapa, las personas con discapacidad ya no eran consideradas inútiles, siempre y cuando pudieran ser rehabilitadas o normalizadas. En el siglo XX, a fines de la década del 60, se consideró que las causales que daban origen a la discapacidad eran preponderantemente sociales y que las personas con esta patología, podían aportar en igual medida a las necesidades del resto de la comunidad, desde la valoración y el respeto de su condición de personas.

Partiendo del modelo social de la discapacidad, en Argentina se sancionó en 1971 la primer ley en beneficio de las personas con discapacidad denominada “Ley de Automotores para Lisiados” Ley N° 19.279. Diez años más tarde, se sancionó la ley de “Protección Integral de los Discapacitados”- Ley N° 22.431 y con posterioridad, se sancionaron las leyes 24.308, 24.901, 25.504, etc. Se incorporaron además a nuestra legislación, dos convenciones: una a nivel regional “La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de

Discriminación contra las Personas con Discapacidad” y la segunda a nivel internacional “La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”.

A pesar de ello, el tema no está completamente resuelto, el Art. 2 de la Ley 22.431, considera discapacitada a “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que con relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.” Teniendo en cuenta esta definición y si miramos a nuestro alrededor, podemos observar un gran número de personas con impedimentos físicos, mentales o sensoriales, poseen a diario grandes dificultades; por ejemplo, en el ámbito educacional, la mayoría de los establecimientos no se encuentran arquitectónicamente diseñados o los docentes no se encuentran capacitados para enseñar los mismos contenidos a alumnos con diferentes discapacidades. En lo referente al ámbito laboral, a pesar de que existen leyes que lo reglamentan, hay un alto nivel de desempleo de las personas con discapacidad. En cuanto a la salud, es uno de los ámbitos más complejos. Las obras sociales no brindan la asistencia necesaria en tiempo y forma para la efectiva realización de los tratamientos médicos, debiendo los pacientes aguardar meses para lograr la autorización de un estudio, la provisión de medicamentos, la realización de tratamientos, etc. Manifestando las mismas que la autorización de tal tratamiento o estudio no les compete. ¿Cuáles son las obligaciones de las obras sociales? ¿Es cierto que no son competentes para brindar los tratamientos necesarios? ¿No es la salud, un derecho fundamental garantizado por nuestra Constitución Nacional?

Las situaciones relatadas precedentemente, colocan a los discapacitados en una situación de desventaja frente a los demás miembros de la sociedad, constituyendo en la actualidad un sector vulnerable, digno de protección especial.

Tenemos que saber que la discapacidad es un problema de todos, debiendo involucrarnos como miembros de la sociedad y dejar de lado las discriminaciones en los diferentes ámbitos. Por ello, el objetivo principal de este trabajo es analizar la existencia de leyes que protegen el derecho de salud de las personas con discapacidad y las prestaciones a cargo de las obras sociales. Para lograr esto e introducirnos en la temática, se comenzará hablando sobre la historia y conceptualización del derecho de salud y discapacidad, describiendo los distintos supuestos y analizando la situación del discapacitado en relación de la sociedad. También se analizará el marco legal internacional y nacional, el rol del Estado y protección otorgada por las obras sociales y las diferentes áreas de inserción.

### *Problema de Investigación*

Quienes sufren de algún tipo de discapacidad, enfrentan a diario distintos obstáculos que dificultan su vida cotidiana. Existe una vulnerabilidad marcada por las falencias en la prestación de los servicios de salud, por la falta de responsabilidad del Estado, por la discriminación en el ámbito educativo, laboral, social, entre otros.

A pesar que en el ámbito educativo, existe una ley que promueve la incorporación de niños (según su tipo de discapacidad) en escuelas públicas; ello no ocurre en la realidad, motivo por el cual aquellos que cuentan con los recursos económicos, deben concurrir a una escuela de educación especial.

En el ámbito laboral, también existen leyes que promueven la inserción laboral de personas con capacidades diferentes o reducidas, no obstante ello, hay un elevado margen de desempleo en relación a personas que poseen algún tipo de discapacidad.

En lo que se refiere a espacios públicos, faltan rampas en las ciudades, las veredas no se encuentran en condiciones para circular en sillas de ruedas, arquitectónicamente pocas

instalaciones públicas cuentan con adaptaciones para personas con discapacidad, lo mismo sucede con los medios de transportes públicos.

En cuanto a la salud, se ha vuelto habitual la irregularidad en la prestación del servicio de salud. La falta de asistencia y de interés a los problemas de los pacientes y/o afiliados, negación de cobertura, falta de provisión de medicamentos, demoras en la autorización de estudios, en el pago de reintegros, cobro de plus para la realización de prácticas, dejando en oportunidades sin tratamiento a personas que corren peligro de vida ante su interrupción.

Es preocupante la situación de discriminación y la falta de igualdad de oportunidad en todos los ámbitos ya mencionados, que impiden su real integración en la comunidad. Tampoco podemos negar que la atención de discapacitados en nuestro país continua siendo una materia pendiente de integral cumplimiento. Lo comentado precedentemente, marca una realidad que no se ajusta a la igualdad jurídica establecida por la ley.

### *Objetivos*

#### *a) Generales:*

- Analizar la existencia de leyes que protegen el derecho de salud de las personas con discapacidad y las prestaciones a cargo de las obras sociales.

#### *b) Específicos:*

- Examinar sobre la historia y conceptualización del derecho de salud.
- Investigar sobre los antecedentes de la discapacidad a lo largo de la historia.
- Definir lo que es la discapacidad.
- Describir los distintos supuestos de discapacidad.
- Describir la situación del discapacitado en relación a la sociedad.

- Investigar acerca de las normas internacionales que regulan la materia de salud.
- Describir la regulación legal del sistema argentino.
- Analizar el rol del Estado en relación a las personas con discapacidad.
- Determinar qué tipo de protección otorgan las obras sociales a los discapacitados.
- Diferenciar obra social de medicina prepaga.
- Analizar la procedencia de la cobertura médica según los diferentes tipos de discapacidad.
- Especificar posibles áreas de inserción de discapacitados.

### *Metodología*

Se utilizará el método descriptivo debido a que la finalidad de este proyecto es analizar en profundidad la discapacidad en sus distintas variantes, la problemática que afrontan a diario los discapacitados y la protección que brinda nuestro ordenamiento jurídico y obras sociales a las personas afectadas; proporcionando de esta manera, la información necesaria para hacer valer sus derechos y que los mismos sean respetados por la sociedad.

La estrategia metodológica a utilizar será la cualitativa, la cual comprende la búsqueda de antecedentes, análisis y profundización de la temática abordada. Pretendiendo lograr la comprensión por parte de la sociedad de esta problemática, la interpretación y conocimiento de las normas que regulan la materia.



# CAPÍTULO I: EL DERECHO A LA SALUD

## 1. HISTORIA Y ANTECEDENTES DE LA SALUD

Con el comienzo de la humanidad, las civilizaciones y sus relatos, surgen los personajes que llevan adelante el arte del curar. Así, *Esculapio* para los romanos o *Aclepio* en la cultura griega, fue el Dios de la medicina y la curación. Habría nacido en *Epidauro*, sacado del cuerpo de su madre de una cesárea (técnica que se denomina así porque siglos después Julio César nacería de esta forma). Los atributos de este Dios, se representaban con serpientes enrolladas en un bastón, piñas, coronas de laurel, una cabra o un perro, aunque el más común fue el de la serpiente. Los miembros de su familia también habrían ejercido el arte de curar: su mujer *Epíone*, calmaba el dolor; su hija *Hygía*, era la preservadora de la salud (de su nombre proviene el término higiene); *Panaqueía*, farmacéutica, era el símbolo del tratamiento, la que cura todo; *Egle*, partera y oculista; *Lasó*, enfermera; *Telesforo*, símbolo de la convalecencia; *Macaón* y *Podalirio*, los dioses protectores de los cirujanos y de los médicos. Cuenta la historia que Zeus, envidioso de las curaciones y resucitaciones que Esculapio lograba, lo mató con un rayo. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

Un gran impulso en la medicina, fue dado por Hipócrates, (460-377 a.C.), médico de la Antigua Grecia que separó a la medicina de la religión, creyendo y argumentando que la enfermedad no era un castigo de los dioses, sino la consecuencia de factores ambientales, la dieta y los hábitos de vida. Muchos autores se refieren a él como el “padre de la medicina”, en reconocimiento a sus importantes y duraderas contribuciones a la ciencia médica y como fundador de la escuela que lleva su nombre: *la escuela hipocrática*. Hipócrates, sostenía que la enfermedad era el resultado de un desequilibrio de los *cuatro humores* del cuerpo. Cuando los

cuatro humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema se desequilibraban, el individuo enfermaba y permanecía enfermo hasta que se recuperaba dicho equilibrio. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

Avanzando en el tiempo, Cosme y Damián, dos hermanos de Sicilia, médicos cristianos, célebres por su habilidad en el ejercicio de la profesión y por su costumbre de prestar servicios desinteresadamente, fueron considerados patronos de los médicos en general, de los cirujanos en particular, de los farmacéuticos y de los barberos. Una de sus intervenciones más conocidas, fue un trasplante de pierna a un enfermo extraída de un criado negro que había muerto pocos días atrás. Los dos hermanos fueron torturados, quemados, y finalmente, decapitados en el año 287 d.C. por orden de Diocleciano, quién perseguía a los cristianos. Es de destacar que en esa época, solamente los reyes, nobles, sacerdotes y jefes de los ejércitos tenían a su disposición los servicios de los médicos, quiénes difícilmente llegaban a atender a las personas del pueblo o a los soldados. El resto de la gente, debía atenderse por ancianos curanderos y brujos que utilizaban aplicaciones naturales. (Aren, 2012)

En la época de Alejandro Magno, la vida de los médicos no fue fácil, pues se los solía ligar al resultado de sus tratamientos. En la actualidad suele ocurrir lo mismo, imputándosele responsabilidades de distinta naturaleza (éticas, civiles, penales, sociales, etc.) ligadas a la discusión sobre los medios empleados y los resultados obtenidos en los tratamientos. La abundante literatura jurídica en la materia, sigue en este sentido la división o clasificación que realizó el jurista francés *Demogue*, entre las obligaciones de medios y las obligaciones de resultado. En estas últimas, la falta de obtención del resultado crea objetivamente la responsabilidad, en cambio en las primeras la obligación consiste en la aplicación de los medios, técnicas y providencias adecuadas, que en el caso de los médicos son los procedimientos y elementos disponibles de la medicina, es decir que en nuestro derecho en relación a los médicos, no existen presunciones legales de culpabilidad. (Bueres, 1979)

Recién en la Edad Moderna (Desde 1453- caída de Constantinopla y el Imperio Bizantino- o 1492- Descubrimiento de América- hasta 1789 -Revolución Francesa- prolongadas en la era contemporánea con las campañas de Napoleón Bonaparte y la restauración), se comenzó a tener en cuenta a los soldados inválidos, a quiénes le asignaron desde beneficios económicos y tierras como es el caso de los antiguos romanos, hasta instalarlos en viviendas y hospitales. En la misma época, se iniciaron las construcciones de los primeros hospitales o grandes casas de salud, que también fueron establecimientos de estudios de medicina y de las entidades de beneficencia y caridad. (Aren, 2012)

Hace dos siglos, el Estado llegó a participar morosamente en la atención de la salud, ya que en el concepto occidental liberal, esa no era una función que le correspondiese, al menos en forma primordial, pues imperaba el concepto higienista sobre las acciones públicas, sólo se aplicaba a la atención de algunos vértices de epidemias y de enfermedades transmisibles. Por otra parte, las escuelas, universidades y facultades de medicina comenzaron a adquirir fama.

Tal como ocurre en otras ciencias, a lo largo de la historia en la medicina, se han ido formando escuelas, doctrinas, teorías y tendencias, que constituyen avances sobre estados de conocimientos anteriores.

### *La Salud en nuestro país*

En 1795, Edward Jenner creó la vacuna antivariólica. Saturnino Segurola, diputado de la Asamblea del Año XIII, director de la biblioteca nacional y gran impulsor de la vacuna antivariólica, desarrolló la primera campaña sanitaria pública de nuestra historia: la vacunación masiva contra la viruela. En 1805, la viruela fue uno de los más duros castigos que recibió la población de Buenos Aires desde su fundación en 1580, pero no fue el único: otras epidemias (cólera, tifus, fiebre amarilla) azotaron estas costas, cobrándose innumerables vidas. (Yedín, 2012)

Durante el Virreinato del Río de la Plata, al arte de curar lo ejerció el boticario, antecedente actual del farmacéutico quien fue el primer referente en materia de salud. A él se acudía para adquirir preparados a base de hierbas, para extracciones de muela o para sangrarse, ya que entonces se pensaba que la raíz de todas las enfermedades estaba en la sangre. Los sangradores alcanzaron cierto reconocimiento social, pero sólo podían ejercer con una autorización oficial que se les otorgaba luego de rendir un examen. El título de sangrador, tenía validez para “todos los reinos y señoríos de su Majestad” y llevaba implícito el juramento de su titular de ejercer su arte gratis para los pobres. Los casos más delicados, se atendían en precarios hospitales que estaban a cargo de las órdenes religiosas. Los médicos eran pocos, sobre todo en los primeros tiempos. (Yedín, 2012)

Así, los primeros médicos del Río de la Plata fueron portugueses pero no fueron tratados como extranjeros, ya que entre 1580 y 1640 los reinos de España y Portugal estuvieron unidos. El primer médico español que ejerció a partir de 1608, fue Francisco Bernardo de Xijón, quién inició una serie de pleitos a los demás colegas que, sin título, competían de manera desleal. El cabildo tomó cartas del reclamo de Xijón y exigió a todos los que en aquél momento ejercían la medicina, que presentaran sus títulos. Sólo se presentó en competencia de Xijón un hombre llamado Cordero.

Mientras los médicos exigían títulos y probanzas frente a los tribunales con el objeto de eliminar la competencia, otros antagonistas le disputaban los enfermos de la mano de la superstición: los curanderos. Ello, pese al espíritu religioso de la gente que había hecho de las misas un acto de concurrencia habitual y de los cocteles de hierbas una forma de curación, tratando de esta manera dolores estomacales, estreñimiento, fiebre, etc.

Para atacar la superstición y exigir de los médicos algo más que títulos habilitantes, hizo falta la llegada en 1630 de Alonso Garro de Aréchaga. Por aquel entonces, ya eran varios

los profesionales que residían en Buenos Aires, aunque muy pocos habían cumplido con los recaudos técnicos y legales exigidos. En 1660, se aplicó por primera vez un sistema práctico frente a los tribunales para demostrar pericia médica. En el siglo siguiente, mejoró la calidad de los médicos. El más famoso de ellos fue Francisco Argerích (médico de los Jesuitas en Buenos Aires y de otras órdenes religiosas). (Yedín, 2012)

#### *Los hospitales de la época:*

Según el historiador Guillermo Furlong (1970), Buenos Aires fue una ciudad atrasada en materia hospitalaria en relación con Lima y otras capitales hispanas de América. En un principio, los hospitales estaban dedicados exclusivamente a quienes habían perdido la razón y luego, se los usó como leprosarios. Se los concebía como “una casa grande” para atender al enfermo y el concepto era siempre el mismo: *aislar al enfermo para proteger al sano*. Llamaba la atención a las autoridades españolas que venían de visita, el poco esfuerzo que se hacía para que los hospitales funcionaran bien. Según el referido autor, dos eran las razones de ese abandono: la primera de ellas, que la salud en general era buena (por el régimen de vida, la alimentación sana, la vivienda aireada, la abundancia de árboles y plantas) y la segunda, era la aversión de los porteños por los hospitales; la gente prefería hacer todo en su casa, curarse, parir e incluso operarse.

En el Virreinato del Río de la Plata, el primer hospital se abrió en 1553 en la ciudad de Santiago del Estero. En 1576, bajo la advocación de Santa Eulalia, se funda un centro asistencial en Córdoba. Con posterioridad se creó en 1670 el Hospital de Hombres, denominado así porque sólo se atendía a ese género. En dicho hospital, había una sala exclusiva para oficiales del ejército, lo que hizo que se transformara en un centro de asistencia militar. Luego se creó el Hospital General de Mujeres, que funcionó precariamente, desarrollando su labor merced a donaciones recibidas. (Aren, 2012)

Estos centros asistenciales experimentaron cambios después de 1815 cuando el Director Supremo Álvarez Thomas, decretó la creación de una Junta de Inspección de Hospitales. Así, el Hospital dejó de estar a cargo de alguna orden religiosa para pasar a ser dirigido por laicos. Puede decirse entonces, que ese año nació el primer hospital nacional administrado directamente por el Estado. (Aren y Yedín, 2012)

### *Los niños expósitos*

Otro gran avance para la época fue la fundación en 1779 de la “*Casa de Niños Expósitos*” verdadero proto- hospital de niños. El objetivo del virrey Vértiz fue socorrer a los niños abandonados, especialmente a los recién nacidos en riesgo de muerte. En la casa se los curaba, atendía, protegía y eran amamantados por amas de leche. El emprendimiento se sostuvo con las rentas que producía la única imprenta que había en la ciudad (la cual había pertenecido a los jesuitas en Córdoba) y con ingresos de origen inmobiliario. En 1815 la casa pasó a ser administrada por el padre Saturnino Segurola.

### *El protomedicato*

Fue una institución creada en España durante la Edad Media con el objetivo de cuidar la salud del rey y controlar el ejercicio profesional de médicos y practicantes de oficios relacionados con la salud, como los sangradores y sacamuelas, entre otros. En el Río de la Plata funcionó con garantía de sustituto por más de veinte años, hasta que en 1798 recibió la aprobación oficial para entrar en funciones plenas. Su protomédico mayor fue el irlandés Miguel O’Gorman, quién había sido ubicado en ese cargo por el Virrey Juan José Vértiz. O’Gorman tuvo la iniciativa de que en dos universidades se comenzaran a aplicar tareas educativas de medicina. (Yedin, 2012)

En 1822, se creó la Academia de Medicina, la cual reunió a destacados facultativos nacionales y extranjeros. En 1854, se creó la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos

Aires. Desde que ésta fue jerarquizada institucionalmente, mantuvo un sostenido progreso y muchos logros:

- En 1853, la inauguración del nuevo edificio de la facultad
- En 1863, la creación de la biblioteca
- En 1895, se constituyó el Instituto de Medicina Legal con su respectiva morgue.
- En el siglo XX, se comienza con la sucesiva creación de los institutos universitarios.

### *Las epidemias de la época*

Los europeos habían desarrollado ciertas defensas contra la viruela, a consecuencia de las epidemias sufridas durante los siglos anteriores al descubrimiento de América. En América, en cambio, la viruela no era conocida y los indígenas no contaban con defensas inmunológicas, por lo que la propagación de la enfermedad causó muchas muertes. Para persuadir a los aborígenes de que recibieran la vacuna antivariólica, Rosas reunió a los caciques y se hizo aplicar la vacuna así mismo para que aquellos lo difundieran en sus comunidades y permitieran la entrada de los médicos. En Abril de 1849 Rosas, nombró al Dr. Francisco Muñiz, Juez del Tribunal de Medicina y en febrero de 1850, este mismo se hizo cargo de la enseñanza de partos, enfermedades de mujeres y niños en la facultad de medicina de la UBA. (Yedín, 2012)

Pero la viruela no fue la única epidemia que asoló en esas tierras. Durante la segunda mitad del siglo XIX, el cólera invadió la Argentina en los años 1867-1868, 1886-1887 y 1894-1895. Cuando ingresó el cólera, el país se encontraba aliado a Brasil y Uruguay contra el Paraguay en la guerra de la Triple Alianza. Por lo tanto, se trató de un período caracterizado por choques armados, desarrollo poblacional creciente y una circulación importante de tropas, especialmente en la región del litoral atlántico.

La epidemia ingresó en 1867 y a fin de año, el brote se había expandido a las provincias de Corrientes, Entre Ríos, Córdoba, San Juan y Santiago del Estero. El Estado se mostraba

impotente frente al avance de la enfermedad, debido a la falta de instituciones para proteger a la población afectada. La teoría miasmática, decía que las epidemias eran comunes en los barrios sucios y malolientes de la gente pobre e impulsó campañas públicas que se centraron en la mejora de las condiciones ambientales. El último brote se dio en 1894-95 y produjo una mortalidad menor debido a las políticas sanitarias implementadas a partir de los brotes anteriores.

Otra epidemia de la época, fue la fiebre amarilla que en 1850 ya era endémica en una amplia zona de Brasil. A fines de 1870 se manifestó en los soldados brasileños que estaban en Asunción. En poco tiempo, se detectaron casos en Corrientes y en Rosario. Se creyó que el motivo era la afluencia de soldados y prisioneros que regresaban de la guerra del Paraguay. La ciudad de Buenos Aires se paralizó, hubo barrios que se despoblaron; la municipalidad compró 7has en la Chacarita de los Colegiados y habilitó un nuevo cementerio.

La peste desbordaba los conventillos de San Telmo, comenzando a golpear a las familias de clase alta. Se prohibieron los bailes, todas las familias pudientes abandonaron sus casas y se cerraron las oficinas públicas. Los hospitales generales de Hombres, Mujeres y la Casa de Expósitos colmaron su capacidad; médicos, enfermeros y sepultureros no daban a basto. El puerto fue puesto en cuarentena y las provincias limítrofes impidieron el ingreso de personas y mercaderías procedentes de Buenos Aires. En ese momento, el presidente de la Nación, Domingo Faustino Sarmiento, se alejó hacía la ciudad bonaerense de Mercedes.

La municipalidad no supo manejar la situación y gracias a una campaña periodística iniciada por Evaristo Carriego, miles de vecinos se congregaron en la Plaza de la Victoria (actual Plaza de Mayo) para designar una comisión popular de salud pública. Allí, se decidió que el abogado José Roque Pérez fuera su presidente. La Comisión, pidió sacar a la calle a quienes vivían en conventillos para quemar sus pertenencias. No obstante a ello, mueren 400

enfermos. Razón por la cual, se solicitó que se incendiaran los conventillos. Habiendo tomado dicha medida, mueren 500 enfermos y finalmente la Comisión solicitó que abandonen la ciudad.

### *El higienismo*

Es una corriente que nace en la primera mitad del siglo XIX con el liberalismo, cuando los gobernantes comienzan a preocuparse más por la salud de los habitantes de sus ciudades. En esta época, se consideraba a la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida humana. Es por ello, que fue necesario mantener determinadas condiciones de salubridad en el ambiente de la ciudad, a través de la instalación de agua corriente, cloacas, iluminación en las calles, etc. Se puede decir, que el higienismo desplegó su accionar en tres etapas:

- De 1870 a 1880: En esta década, el tema puntual fueron las epidemias, su estudio y las formas de control. El ideario del grupo fue fundamentalmente liberal y secularizador. Su norte fue el “progreso”. En 1883, se creó la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires a cargo del Dr. Ramos Mejía.

- De 1890 a 1900: Durante este lapso la atención se centró en las enfermedades infectocontagiosas y las condiciones de vida de los sectores pobres. Se suman al movimiento sectores del socialismo y del catolicismo social.

- Desde 1900: el problema se individualizó en las enfermedades de transmisión sexual y el higienismo avanzó en propuestas sociales de carácter preventivo.

Es dable mencionar que la Argentina ingresó al siglo XX con una sociedad de contraste. Por un lado, se encontraba la clase dirigente y por el otro la clase media formada por los hijos de los criollos y los inmigrantes: profesionales y empleados públicos que aspiraron a gozar de derechos políticos. Por debajo quedaron los peones rurales y los obreros permeables a las ideas

anarquistas. En 1943, un nuevo concepto asomaba en materia de salud: la misma era una cuestión de Estado y no podía quedar en manos de sociedades filantrópicas.

Salvador Mazza, fue una gran sanitarista de la época y un adelantado en salud pública. Su nombre quedó asociado a la enfermedad de Chagas. Con un laboratorio y un pequeño hospital instalado en un vagón de ferrocarril, recorrió el país luchando incansablemente para dar respuesta a una dolencia a la que consideraba producto de las injustas condiciones de vida de la población del norte de Argentina. Mazza, conoció al brasilero Carlos Chagas, quién nueve años atrás había descubierto al agente parasitario de la tripanosomiasis americana. Además, comprendió enseguida la importancia del hallazgo ya que es una enfermedad vinculada al subdesarrollo. (Aren y Yedín, 2012)

El movimiento que nació con la llegada del presidente Perón al poder en 1946 no sólo estuvo basado en lo que su líder podía dar, sino también en la tarea de hombres capaces que brillaron en muchas áreas. Uno de estos hombres fue el doctor Ramón Carrillo, designado al frente de la recién creada Secretaría de Salud, quien fue el primero en implementar en la Argentina una política sanitaria con carácter social. (Carrillo y Carrillo, 2005)

Descubrió la *papilitis aguda epidémica*, enfermedad que desde entonces lleva su nombre; describió en detalle las esclerosis cerebrales y reclasificó los tumores cerebrales y las inflamaciones de la envoltura más íntima del cerebro (aracnoides), inflamaciones llamadas aracnoiditis.

La revolución sanitaria que se llevó adelante durante las presidencias de Perón comenzó a debilitarse el 16 de septiembre de 1955, cuando la Marina y el Ejército terminaron con el gobierno democrático. Las medidas que se tomaron para reformar la economía en general, achicando el gasto público, influyeron en las estructuras de salud de la Nación. La ordenanza

primordial fue transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias.

En tanto el gobierno del general Pedro Aramburu había comenzado a desmontar la infraestructura sanitaria, afectando el funcionamiento de los hospitales y los institutos, una epidemia de poliomielitis se desencadenó en el país. La enfermedad, denominada en la época *Heine-Medin*, hizo estragos y conmovió a la población, que asistió casi impotente a su propagación. Las principales víctimas de esta enfermedad fueron los niños. Argentina sufrió reiterados brotes de parálisis infantil desde 1906. Entre 1906 y 1932 se produjeron 680 casos. Entre 1932 y 1942 hubo 2.425 enfermos, cifra que se incrementó durante 1942 y 1943, cuando llegó a 2.280 casos.

A partir de la epidemia de poliomielitis, en Argentina se produjo una gran valorización de las vacunas. La especialidad que con mayor vigor incorporó este valor fue la Pediatría. Esto coincidió con una modificación de la modalidad de uso de las vacunas, que pasó a ser programada y con evaluación de coberturas alcanzadas.

No fue la primera vez que un brote de ese tipo afectaba a la Argentina, la diferencia fue que esta vez provocó terribles secuelas en términos de discapacidad y mortalidad.

## 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DERECHO DE SALUD

¿Qué significa el derecho a la salud? El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano sino que por el contrario, significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a una persona vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones deben garantizar los servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de las Naciones Unidas especializado en la Salud. Fue creado el 07 de abril de 1948 con el objetivo de que todos los pueblos gocen el máximo grado de salud que se pueda lograr. La OMS, define a la salud como *“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Esta organización, está compuesta por 192 Estados miembros y su órgano superior es la Asamblea Mundial de la Salud. Por otra parte, los Estados Partes de la ONU, deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos que dispongan.

El derecho a la salud, se encuentra conformado por cuatro elementos:

- Disponibilidad: Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

- Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:

1. No discriminación.
2. Accesibilidad física.
3. Accesibilidad económica.
4. Acceso a la información.

- Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

- Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

El derecho a la salud, se encuentra consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo, a saber:

#### *Tratados de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos*

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1996; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979; Convención sobre los Derechos del Niño, 1989; Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006.

#### *Tratados Regionales*

Carta Social Europea, 1961; Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), en 1988; Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad.

El Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), establece que entre las medidas tendientes a asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, se deberán adoptar las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.

- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

Al igual que todos los derechos humanos, este derecho impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- *Respetar*: Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud, es decir, no perjudicar.
- *Proteger*: Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- *Cumplir*: Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

En Argentina, el derecho a la salud ha sido garantizado por nuestra Constitución Nacional y por nuestro sistema legal en donde existen diversas leyes, decretos y resoluciones que procuran garantizar el pleno goce de este derecho para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica y que tienen como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

### 3- PRIMEROS BENEFICIOS SOCIALES

Alemania, luego de la guerra contra Francia, logró potenciar todas sus capacidades culturales, filosóficas, económicas, industriales y científicas produciéndose un enorme salto de crecimiento y riqueza. París proclama en 1871, el gobierno de la comuna que sólo es sofocado al regreso de las tropas derrotadas por los alemanes, al costo de mayores bajas que las sufridas en la guerra. En ese escenario, el emperador de Alemania y su canciller Otto Van Bismarck,

deciden otorgar concesiones populares desde el poder y efectuar gestos para evitar la propagación de la erupción, creando así las primeras formas de los seguros sociales.

En los años 80 del Siglo XX, la responsabilidad de la organización y conducción de estos seguros se les asigna a diversos actores sociales. Inicialmente, por la ley del 15 de julio de 1883, se crea un seguro de salud para cubrir las enfermedades de los trabajadores ajenas al trabajo, cuya gestión y administración se les adjudicó a las mutualidades ya existentes. El segundo, en 1884, fue el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuya administración se le confió a las asociaciones de empleadores. El tercero, instituido en 1889, fue el seguro de vejez e invalidez para el trabajo, o sistema de pensiones, que fue administrado por las autoridades de las provincias integrantes, que luego serían los estados de la Federación.

#### 4. ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En nuestro país, considerando a la totalidad de las modalidades vigentes y existentes de servicio de salud se podría calificar a ello en conjunto como el “Sistema de Salud Nacional” abarcando coberturas y prestaciones de distintos orígenes, condiciones y modalidades. Bajo este criterio, los distintos servicios que integran ese sistema nacional, tendrán que ser calificados de “subsistemas”.

Según Aren (2012), las denominaciones *Seguro de Salud* y *Seguro de Enfermedad*, son los nombres con los que se identifican a las prestaciones sociales de atención a la salud, es decir del campo de la Seguridad Social; ya se traten de coberturas públicas o privadas, obligatorias o voluntarias, con financiamiento por impuestos o por contribuciones y otras variantes mixtas o combinadas.

En nuestro país, se pueden identificar:

- Un Sistema o Sector Público de Salud

- Un Sistema o Sector Privado de Salud
- El Sistema Nacional de Obras Sociales Agentes del Seguro de Salud.
- El Sistema de Salud de los Institutos Provinciales y de algunas Municipalidades.
- Los casos de las Instituciones de Obra Social no incluidas en el marco de las Obras Sociales del mencionado Seguro Nacional de Salud (obra social de las universidades nacionales, personal del Congreso de la nación, Poder Judicial de la Nación, personal de Las Fuerzas Armadas, de Seguridad y del Servicio Penitenciario).
- Finalmente las entidades mutuales, cooperativas y asociaciones civiles, siendo que algunas de éstas se encuentran inscriptas como Agentes del Seguro de Salud.

En el Sistema Público, se encuentran los servicios sanitarios brindados por los hospitales y otros establecimientos de la salud nacional, actualmente muy reducidos desde que el Estado Nacional transfiriera los servicios a las restantes jurisdicciones y los hospitales y centros de salud de los Estados provinciales y municipales. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

El Sistema Privado de Salud, incluye los establecimientos que pueden o no proseguir fines de lucro:

- *Con fines de lucro:* se incluye a las empresas de medicina prepaga y las empresas prestadoras de servicios de salud.
- *Sin fines de lucro:* se hallan organizaciones no gubernamentales (ONG) algunas fundaciones que tienen en general servicios gratuitos y otros onerosos para su funcionamiento, algunas salas de asistencia de la salud barriales vecinales y otras entidades similares de bien público.

En este sistema privado, se encuentran las mutuales no inscriptas como agentes del seguro de salud, especialmente las que administran los grandes hospitales de comunidades y los profesionales de la salud que ejercen en forma libre su habilitación.

Las obras sociales no son personas de derecho público (art 2 Ley 23.660) aunque tengan régimen y financiamiento dispuestos por ley, esta categoría no corresponde al sector público, poseyendo caracteres propios, por lo que se clasifica en forma separada de sector privado de la salud como sistema autónomo y autogestionario, tal como lo establece el art 1 de la Ley 23.661. Se podría caracterizar a las mutuales con programas de salud como complementarias en el subsistema privado en general o en el de las obras sociales, esto es nuestro país (en otros países tiene mayor relevancia). (Aren, 2012)

En nuestro Sistema del Seguro Social de Salud Nacional (Sistema de Obras Sociales Agentes del Seguro de Salud) es factible identificar un aspecto de complementariedad, pudiendo clasificar a los planes adicionales llamados “superadores” de mayor cobertura o prestaciones que el “Programa Médico Obligatorio”, constituyendo un segundo nivel por el cual los beneficiarios pagan un suplemento para acceder.

Cada sistema de los mencionados precedentemente, tiene atributos propios y todos deberían hallarse presididos y coordinados por esa voluntad política que puede hacer más eficiente el servicio. Puede apreciarse que no existe en forma clara y definida, el nacimiento de una política nacional de salud. Hay inconexión entre las acciones del gobierno nacional con las del gobierno provincial, que van más allá de las implicancias del sistema federal y por cierto con el extendido sistema de obras sociales. En el capítulo siguiente, se desarrollará dicho sistema en mayor profundidad.



## **CAPITULO II: SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.**

### **OBRAS SOCIALES**

El Sistema de Salud Argentino, tiene su origen en el año 1974, con la sanción de la ley 20748, mediante la cual se trazó el sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reglamentado por el decreto 1846/1974, poniéndose en práctica aisladamente. Se trataba de un modelo de Seguro Nacional de Salud destinado a establecer un sistema único e igualitario, financiado por el Estado a través de recursos impositivos y basados en hospitales públicos; no obstante, fue derogado por ley 21.902 imputándole el fracaso.

Durante el gobierno del presidente Arturo Illia, el ministro del área de salud, Dr. Oñativia, propició la formación de un Sistema de Salud General, incluyendo la política sobre medicamentos. A mediados de 1965 se sancionó la Ley de Medicamentos, *Ley Oñativa*, estableciendo que los medicamentos son un bien social e imponiendo obligaciones de producción con fines sociales a los laboratorios medicinales, lo que generó entre otros factores antidemocráticos, la caída del gobierno por un nuevo golpe militar en junio de 1966. (Aren, 2012)

En la actualidad, los límites entre los distintos sistemas enunciados han comenzado a desdibujarse o difumarse por distintas razones. Con motivo de las normas de los artículos 16 y 17 de la ley 23.661, las mutuales pueden incorporarse en el Sistema de Obras Sociales. Por su parte, el Banco Mundial ha encarado con el Gobierno Nacional distintos programas de reconversión y reforma en materia de salud, entre los cuales el atinente a las obras sociales de las leyes 23.660 y 23.661, y desde enero de 1997, se introdujo el derecho de la libre elección con particularidades en las distintas tipologías.

En el Sistema de las Obras Sociales, lo esencial en todos los aspectos es el régimen de incorporación obligatorio para todos los trabajadores en relación de dependencia de empleadores públicos o privados y sus grupos familiares. Sin embargo, junto con su desarrollo se originó un régimen de afiliados voluntarios o adherentes, en su mayoría los integrantes de éste régimen trabajadores autónomos que tienen ingresos de pequeños, medianos y altos recursos. Esta franja no tuvo cobertura, excepto en el campo privado. En el que muchos de ellos tienen contratadas sus coberturas o abonar servicios a los prestadores privados. ¿Puede ser calificado este régimen de adherentes como complementario? Según los criterios expuestos para caracterizar las coberturas complementarias el régimen de adherentes no tiene cabida en ello, porque las prestaciones que reciben constituyen un primer nivel. ¿Podría decirse que esas coberturas responden impulsos de seguridad individual? Es posible admitir esto último, aunque la extensión y generalización de éstas coberturas voluntarias en las obras sociales, entre las que las de personal de dirección y empresarias tienen gran relevancia permite señalar que se ha constituido en un auténtico marco autónomo.(Yedín, 2012)

Considerando la totalidad y la diversidad actual de los servicios de salud, se puede agrupar a los mismos dentro del denominado “Sistema de Salud Nacional”, abarcando coberturas y prestaciones de distintos orígenes, condiciones y modalidades. Acorde a este criterio, los servicios que integran este sistema nacional, se clasifican en “subsistemas”.

Desde la década del 40 y en la actualidad, nuestro sistema de salud ha adquirido gran complejidad, clasificándose en los siguientes *subsistemas*:

a) Sistema Público: integrado por hospitales y centros de salud nacionales, ya muy reducido, con extensos establecimientos provinciales y municipales, desde la transferencia de los servicios sanitarios de la nación a esas jurisdicciones.

b) Sistema Privado: integrado por los sanatorios, clínicas, laboratorios, centro de diagnóstico por imágenes y otros establecimientos; los que se desempeñan en el campo de estas prestaciones médicas privadas pero que también se han constituido en los principales prestadores médicos de las obras sociales de toda naturaleza y de las empresas de medicina prepaga, en el carácter de centros asistenciales, redes, concesionarios.

c) Obras Sociales: Son instituciones con perfiles originales de nuestro país, fundadas por los principios universales de la seguridad social y del seguro de salud o seguro de enfermedad, las que pueden ser identificadas en las siguientes categorías:

- Obras sociales o institutos provinciales: son reconocidas como personas de carácter público provincial, formando parte de la administración central provincial, o como personas de derecho privado descentralizadas que tienen reconocida autonomía jurídica, administrativa y financiera.

- Obras sociales agentes del seguro nacional de salud de las leyes 23.660 y 23.661: Son personas de derecho privado en su mayoría incluidas en el art, 33, ap. 2, inc. 2, C.Civ con arreglo a lo previsto en el art. 2 de la ley 23.660.

- Obras sociales del poder judicial nacional, poder legislativo nacional, de las universidades nacionales, algunas municipalidades, obras o servicios sociales de las fuerzas Armadas, Seguridad y Servicio Penitenciario.

- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. (Inssip, llamado PAMI como Plan de Atención Médica Integral), persona de derecho estatal.

d) Mutuales de Salud: algunas de ellas inscriptas como agentes del seguro y otras titulares de los grandes hospitales de comunidades originalmente extranjeras.

e) Centros vecinales, salas de primeros auxilios barriales y comunitarios, pequeños establecimientos de servicios de salud de organizaciones no gubernamentales.

## 1. ORIGEN Y REGIMEN LEGAL DE LAS OBRAS SOCIALES.

Las obras sociales surgen de la mano de los sindicatos, cuando éstos comenzaron a brindar ayuda a compañeros o a familiares que necesitaban alguna prestación de carácter médico farmacéutico, que en el sistema público de salud era insuficiente y en el privado era inaccesible por su elevado costo. Luego, para esos casos cada vez más sensibles, se fueron formando institucionalmente en el sindicato fondos y actividades de “ayuda solidaria”, a través de Secretarías de Acción Social o similares en el órgano directivo, las que han constituido el fundamento de las obras sociales sindicales.

Entre 1944 y 1945, mediante el decreto 33302/1945, se estableció, entre otros, la primer norma sobre los servicios de salud para los trabajadores en relación de dependencia; mientras que con el decreto 30.655/1944, se creó la Comisión de Servicios Sociales, con la finalidad de propulsar los servicios sociales en todos los establecimientos de actividad humana donde se prestaran tareas retributivas. Una normativa inmediata a la anterior, el decreto 30.656/1944, creó el Instituto de Previsión Social, al cual le encomendó instalar servicios de medicina preventiva y curativa, bajo las directivas de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Paralelamente a ello, en convenciones colectivas de trabajo se pactaban las contribuciones solidarias patronales y la retención de aportes de los trabajadores para sostener las obras sociales de cada gremio. En aquella época las obras sociales formaban parte de la estructura sindical y no poseían ni administración ni recursos diferenciados.

El hecho de que la financiación del sistema quedara condicionada a la capacidad de negociación sindical, hizo que en 1970, mediante la ley 18.610, reglamentada por el decreto 4.714/1.971, se estableciera la obligación de financiar estas obras sociales con aportes y contribuciones a cargo de los empleadores y empleados, con la prescindencia que estuviera o no afiliado a dicha asociación profesional.

## 2. NATURALEZA Y CARACTERES DE LAS OBRAS SOCIALES.

El 10 de diciembre de 1984, entra en debate el modelo sindical y el marco legal de las obras sociales. Durante cuatro años se discutió con el gobierno la nueva regulación de las organizaciones sindicales, aprobándose en marzo de 1988 la ley 23551, dictándose seguidamente su Dec. Regl. 467/1988. El modelo sindical argentino, tradicional, derivado de la normativa de 1945, de la ley 14.455, y de la ley 20.615, las libertades sindicales, el derecho exclusivo de las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial de administrar sus propias obras sociales.

También en esos cuatro años (casi cinco), se discutió entre el Ministerio de Salud y la central obrera el marco legal de las obras sociales. Luego de aprobado el régimen legal de los sindicatos por la citada ley 23.551, se destrabó la solución respecto de este sistema de salud y en una transacción entre las dos fuerzas políticas de mayor representación en el Congreso, el último día de sesiones de prórroga de 1988, se sancionaron la ley 23.660 de obras sociales y la ley 23.661 de Seguro de Salud, reconociéndose en esta última que las obras sociales son los agentes naturales del seguro de salud.

Producida la desaparición de todo el sector público de obras sociales, en la actualidad pueden ser: (a) de naturaleza sindical, (b) del personal de dirección y de empresarios, (c) constituidas por convenio entre una empresa y el sindicato de la actividad, o (d) las calificadas de distintas naturalezas.

Las obras sociales sindicales mencionadas en el art. 1º, inc. a) de la ley 23.660, son la categoría o tipo más numeroso. Corresponden a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial signatarias de convenciones colectivas de trabajo, “funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera y tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el derogado Código Civil establece en el inc. 2º del ap. 2 del art. 33”.

Los estatutos de las obras sociales sindicales deberán establecer un órgano o autoridad de conducción y administración colegiada que no supere el número de cinco integrantes, resolución 481/1990 INOS, en la que se incluyó un modelo de estatuto para las obras sociales sindicales. Los estatutos deben contener, los plazos de los mandatos de los administradores de las obras sociales, los que deben ser mayores de edad y no presentar inhabilitaciones civiles, ni penales, no pueden superar los cuatro años, aunque se admite que sean reelegidos.

Con arreglo a lo previsto en los inc. a) y b) del art. 19 de la ley 23660, los empleadores deberán depositar a la orden de la obra social sindical el 90% del monto de los aportes y contribuciones cuando la remuneración bruta mensual sea inferior a un mil pesos, el que va siendo reajustado, y el 85% cuando supere dicho monto.

### 3. ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LAS OBRAS SOCIALES.

Desde las primeras ayudas económicas informales e inorgánicas del sindicato y de los dirigentes gremiales a algunos afiliados para la atención de su salud o la de su esposa o hijos, la garantía de la calidad en la atención médica y los controles anticrisis, en un lapso de algo más de sesenta años, se puede advertir una marcada y notable evolución del sistema de obras sociales que se ha producido en diversas etapas;

a) En la ley 18.610, (1945 y 1970), existió una transición de contribuciones voluntarias, ayudas voluntarias que quedó reflejado en las convenciones colectivas de trabajo, la cual quedó legitimado en la ley 14.250, estando todavía este sistema en manos de organizaciones sindicales.

b) En la vigencia de la ley 18.160 (1970-1980), se legalizaron los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores; se comenzó a requerir la separación de la administración sindical de la obra social; se creó el Fondo Solidario otorgando los primeros

apoyos financieros Se fundó además el primer órgano rector del sistema “Instituto Nacional de Obras Sociales y el Registro Nacional de Obras Sociales”.

c) Con la ley 22.269 (1980 – 1988), se intentó reunir a varias obras sociales con su población, lo cual no se logró. Se reguló el régimen de los beneficiarios del sistema y los beneficiarios de las obras sociales, aumentando los porcentajes de las cotizaciones de trabajadores y empleadores. Se mantuvo la autoridad de aplicación (Instituto Nacional de Obras Sociales) y se aumentó el aporte para el Fondo Solidario.

d) La etapa de las leyes 23.660 y 23.661 (1989), se extiende hasta nuestros días y son las que definen el estado actual del sistema. Estas mismas, determinan los beneficiarios del sistema y los beneficiarios de las obras sociales. La autoridad de aplicación descentralizada, es la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSAAL), también la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) en la Administración Central y se mantiene para determinadas aplicaciones el Instituto Nacional de Obras Sociales.

e) El período de reconversión iniciado en 1996, arrojó como resultado la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (decreto 1615/1996), el cual nuclea a los tres organismos preexistentes (ver punto a, b, y c). En esta etapa, rigió el derecho de libre elección de obras sociales y la implantación del suministro de medicamentos genérico como consecuencia de la crisis de la emergencia sanitaria declarada en el año 2002.

f) Julio Aren, considera que se anuncia una nueva etapa, en la que el Estado deberá transferir recursos fiscales al sistema para permitir su continuidad con el objetivo principal de incluir a todos aquellos desamparados de cobertura de salud. (2012)

#### 4. SISTEMA LEGAL VIGENTE DE LAS LEYES 23660 Y 23661.

El 10 de diciembre del año 1983, con la asunción del gobierno constitucional, entra en debate el modelo sindical y el marco legal las obra sociales. Durante cuatro años se analiza con el gobierno la nueva regulación de las organizaciones sindicales lo cual fue aprobado bajo la ley Nro. 23.551, dictándose luego su decreto reglamentario 467/1988. Este modelo adoptado por el sindicalismo argentino, derivado de la normativa del año 1945 de la ley 14.445 y de la ley 20.615, donde se reconocieron las libertades sindicales, el derecho exclusivo de las asociaciones profesionales de trabajadores. También durante cuatro años de debatió entre el Ministerio de Salud y la central obra el marco legal de los obras sociales. Luego de aprobado el régimen legal de los sindicatos de acuerdo a la ley Nro. 23.551, se destrabó la solución respecto de este sistema de salud; y luego en una transacción entre las dos fuerza políticas de mayor representación, el última día se sancionaron la ley 23.660 de obras sociales y la ley 23.661 de Seguro de Salud, donde se reconoce con esta última que las obras sociales son agentes naturales del seguro de salud.

La ley 23.660 de obras sociales, que se sancionó el 29 de diciembre de 1988, continúa en muchos aspectos con el diseño y el contenido de la ley 18.610, incorporando elementos producto de la experiencia de dos décadas de normativa y de un poco más de cuatro décadas de brindar servicios de salud, derogando dos normativas precedentes de la ley 18.610 y 22.269.

Se termina de esta forma la tipología y naturaleza de la personalidad de las obras sociales, consideradas agentes del seguro de salud, las cuales deben estar inscriptas en el Registro pertinente, objeto de detallada determinación más propia de una reglamentación.

Se prevén los porcentajes de aporte y contribuciones, manteniéndose recursos de distinta naturaleza y los montos o porcentajes que fueren mayores a los fijados en esta ley, disponiéndose la proporción de los fondos que deben ingresar el Fondo Solidario de Redistribución y las proporciones de inversión en prestaciones de salud y en administración.

Se creó la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) en la entonces Secretaría de Salud, aunque en los hechos tuvo una pequeña estructura por lo que sus atribuciones fueron concebidas por el decreto 358/1990. La ley 23.661 sancionada el mismo día que su antecesora, en tres artículos contiene las expresiones dogmáticas y didácticas de un discurso de reafirmación del seguro social, que más que necesarias o propias de la técnica legislativa, surgen como como una concesión en la trabajosa negociación que durante cuatro años sostuvieron las dos partes, proponiendo a los significativos tiempos de restablecimiento de la democracia.

El art. 1° incluye la definición y determinación del seguro de salud, por lo que se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, el cual tiene los alcances de un seguro social, con el objeto de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. Este seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud, donde la autoridad pública asume la conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación y la gestión directa de las acciones. El objetivo fundamental es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación sobre la base de un criterio de justicia distributiva.

El Ministerio de Salud y Acción Social, regirá las políticas del seguro de salud, estando encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de establecimiento públicos y prestadores privados en un sistema de cobertura universal, de estructura pluralista y participativa, y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Entre los beneficiarios del seguro de salud, se señalan a los beneficiarios de las obras sociales, a los trabajadores autónomos y a toda persona que

carezca de cobertura por hallarse desempleado. Encontrando excluidos en ese carácter el personal dependiente de los gobiernos provinciales y municipales y sus jubilados, y del personal de la Fuerza Armadas, de Seguridad y del Poder Legislativo (arts. 5° y 6°). La Secretaria de Salud es la autoridad de aplicación y la administración del seguro se encomendó a la Administración Nacional de Seguro de Salud (Anssal), personas de derecho público establecida con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa. Entre quienes puede integrarse al seguro de salud se encuentran las entidades mutuales, quienes podrán inscribirse en el registro nacional de agentes de seguros, suscribiendo previamente convenios de adición con la secretaria de salud de la nación (Art. 16). En el registro nacional de obras sociales que llevara la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) se inscribirán las obras sociales comprendidas en la ley 23.660, las asociaciones de obras sociales, las demás obras sociales que se adhieran al sistema y las mutuales que hubiesen celebrado el convenio antes mencionado.

La Administración Nacional del Seguro de Salud, designará y podrá remover a los síndicos que actuarán con rotación periódica y en forma colegiada en una o más obras sociales. La remuneración de los mismos, estará a cargo de la administración nacional del Seguro de la Nación.

Entre los artículos. 25 y 37 de la ley 23.661, se regula lo concerniente a prestaciones médico asistenciales del sistema del Seguro de Salud, los agentes del seguro “deberán asegurar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos” (art. 27), “tendrán que desarrollar un programa de prestaciones de salud a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizara periódicamente de acuerdo con lo normado por la Secretaria de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente donde deben incluirse todas las que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas, la cobertura de medicamentos y demás

(art.28). La ANSSAL y las obras sociales, estarán exclusivamente sometidas a la jurisdicción federal (art. 38).

En el texto de la ley mencionada, aparece la figura o tipo penal estableciendo una pena de prisión de un mes a seis años, al “obligado que dentro de los 15 (quince) días corridos, que de intimado formalmente no depositare los importes previstos en el inciso b), d) y e) del art. 19 ley de obras sociales. En este caso, se trata de un delito consistente en la omisión de depositar por parte de los empleadores, los porcentajes de remuneraciones de sus dependientes o de los convenios de corresponsabilidad, destinados a los Fondos Solidarios de Redistribución.

Estas dos leyes tuvieron reglamentaciones por distintas vías normativas: están los decretos del Poder Ejecutivo Nacional que expresamente determinaron su carácter reglamentario; además se dictaron resoluciones del Ministerio de Salud y Acción Social (hoy Ministerio de Salud y Medio Ambiente) que dispusieron reglamentaciones, por ejemplo de Programa Médico Obligatorio o Programa Básico de Prestaciones a los Agentes del Seguro, se introdujeron reglamentaciones a los dos textos legales, diversas resoluciones emanadas de los organismos de conducción, en su momento el Instituto Nacional de Obras Sociales y la Administración Nacional del Seguro de Salud.

## 5. PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO).

El decreto 492/1995 que avanza significativamente hacia la implementación de un programa médico general de cumplimiento uniforme y obligatorio para todas las obras sociales, haciendo inminente su elaboración, convocando a este fin, además de las autoridades de aplicación que era la ANSSAL a representantes de la CGT en razón de sus intereses. El artículo 1° del decreto 492/1995, dispuso que “los beneficiarios de los agentes del Sistemas Nacional del Seguro de Salud comprendido en el art. 1° de la ley 23.660, tendrán derecho a recibir las prestaciones medico asistenciales que se establezcan en el programa médico asistencial que

será aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social a través de la Secretaria de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria. Dicho programa se denominara Programa Médico Obligatorio (PMO) y será obligatorio para todos los agentes arriba consignados.

El PMO para los agentes del seguro de salud se originó en 1996. Luego hubo otra versión en el año 2000, y a raíz de la intensa crisis en diciembre del 2001, el gobierno que surgió en ese tumultuoso periodo, entre otras normativas, estableció el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), en 2002.

El PMOE es de aplicación obligatoria por todos los agentes del seguro, los que deben efectuar las adaptaciones de sus planes médicos de prestaciones y de control, así como sus contrataciones para garantizar esos servicios de salud a sus beneficiarios. Regirá por todo el periodo que se determine legalmente, que se extiende la emergencia económica establecida en el decreto 486/2002.

En el primer nivel del PMOE se incluye las prestaciones relativas al diagnóstico, las consultas programadas y de urgencia, las emergencias en domicilios, traslados, la atención medica en procedimientos ambulatorios ya sea clínicos o de salud mental, kinesiología, odontología con límites, servicios oftalmológicos con límites, plan materno infantil, descuentos para medicamentos, etc.

En el segundo nivel del programa, se prevén las internaciones sin límite temporal y con cobertura total, internaciones en tratamiento de salud mental con límite anual, internaciones en el plan materno infantil, traslados de pacientes internados, medicamentos oncológicos, hemodiálisis, hormona de crecimiento, implante coclear, etc.

El tercer nivel comprende las prestaciones de alta complejidad las que están subsidiadas por la Administración de Programas Especiales con los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, los cuales son con cobertura obligatoria para los agentes del seguro de salud.

El artículo 2 del anexo I de la Resolución 310/2004, estableció que los medicamentos de uso ambulatorio estarán a cargo de la obra social en un 40% de su costo, los beneficiarios lo recibirán con el descuento de ese porcentaje. En el caso de las patologías crónicas, el 70% estará a cargo de las obras sociales que es el descuento para los beneficiarios, y los medicamentos durante una internación, tendrán un descuento del 100%. Además se determinó el 100% de descuento para la *heritropoyetina* en el caso de la insuficiencia renal, la *dapsona* para la lepra, los medicamentos oncológicos, la *inmunoglobulina* para la hepatitis B, las drogas contra la tuberculosis, la *insulina*, la *piridostigmina* para la miastenia gravis, los anticonceptivos intrauterinos de cobre, diafragmas, espermicidas y condones, la medicación de soporte clínico de la quimioterapia y los analgésicos para enfermos oncológicos. En el mismo artículo, se ratificó la obligación de prescripción por genéricos para los médicos y odontólogos.

## 6. DIFERENCIA ENTRE SECTOR PÚBLICO, OBRA SOCIAL Y MEDICINA PREPAGA.

Además del sistema público de salud de carácter nacional, provincial y municipal y el sistema de obras sociales, incluidas las de orden nacional, las provinciales, otras fuerzas de dichas instituciones y el PAMI, la medicina privada es la tercera columna del sistema de salud de nuestro país. Decimos tercera sin asignarle el tercer lugar, pues en inversiones, recursos y prestaciones son muy significativas.

El sector público tiene al Estado nacional, provincial o municipal y sus respectivos hospitales públicos como eje de sus acciones. Las obras sociales de las leyes 23.660 y 23.661 son personas de derecho privado, financiando servicios médicos de carácter público no estatal. El sector público, se financia con los recursos impositivos y otros ingresos fiscales provenientes del juego, lotería etc. En el área privada, la medicina está basada en una libre inversión, los

honorarios profesionales, las cuotas prepagas y las cuotas mutuales. Sin embargo, este sistema de salud hasta que se dictó la ley 26.682 de medicina prepaga carecía de regulación legal. El servicio de medicina prepaga puede ser brindado, total o parcialmente por sí, es decir, en sus propios establecimientos, o parcial o totalmente por medio de terceros.

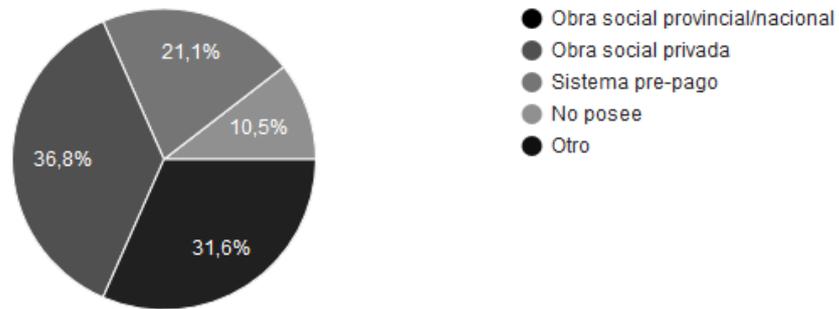
Otra diferencia es que las obras sociales han tenido un marco legal, el que no existió hasta mayo de 2011 para la medicina prepaga. Otra modalidad de cobertura es el “Seguro de Salud”, pero este no se encuentra desarrollado en nuestro país.

En el caso de los contratos de medicina prepaga es deber de información de la empresa establecer el derecho del usuario a recibir en forma clara y precisa el servicio de salud que aquella ofrece, estableciendo el período de vigencia del vínculo concertado por el plan prestacional elegido.

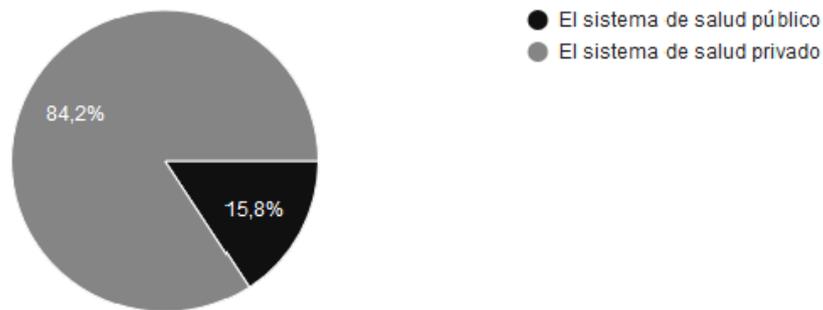
## 7. ENCUESTA

A modo de cierre de este capítulo, se encuestó a 19 familias de la ciudad de Río Cuarto, cuyo al menos un integrante de la misma, posee un tipo de discapacidad. La referida encuesta tuvo como objetivo, averiguar el nivel de conformidad de cada afiliado con su obra social y evaluar el nivel de cumplimiento por parte del sistema de salud con lo regulado legalmente.

¿Que cobertura de salud posee su familia? (19 respuestas)

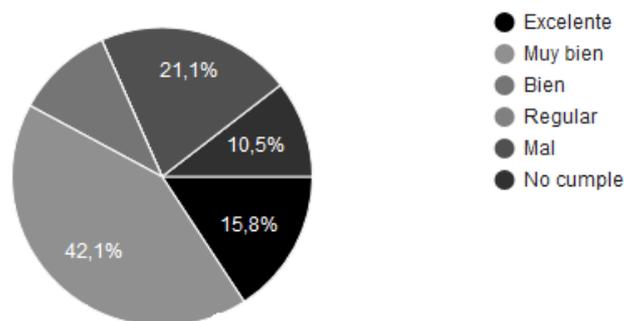


Si necesita atención medica de complejidad prefiere (19 respuestas)



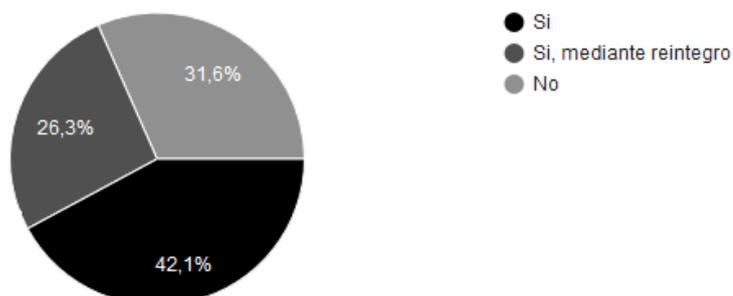
¿Cumple su prestador de servicio con las necesidades asistenciales de su familia?

(19 respuestas)



### ¿Su plan de cobertura social cubre el porcentaje de los medicamentos que le corresponde por ley?

(19 respuestas)



A modo de análisis, observamos en el primer gráfico que la mayoría de los afiliados poseen cobertura estatal pero manifiestan que preferirían contar con cobertura privada (segundo gráfico). En cuanto al cumplimiento por parte de los prestadores de salud, sus afiliados expresaron que en su mayoría cumplen de manera regular las prestaciones a su cargo (tercer gráfico). En cuanto a los medicamentos obligatorios que deben otorgar los distintos sistemas de salud, la mayoría de los encuestados, respondió afirmativamente, aunque expresaron que no lo hacen de forma inmediata sino con gran dilatación en el tiempo (cuarto gráfico).

## CAPITULO III: DISCAPACIDAD

### 1. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA DISCAPACIDAD.

A lo largo de la historia, con diferentes definiciones, se hace presente la discapacidad en todas las sociedades. Desde la Prehistoria y antigüedad, el primer indicio se registró en la sierra de Atapuerca, donde se encontró un esqueleto momificado de un homo – hedelibergensis que había sufrido de sordera por una infección grave de oído, que le tapada el conducto auditivo. Otro hallazgo, corresponde al período paleolítico medio, donde se detectó que en prácticamente todos los adultos encontrados, se observaban señales de enfermedades articulares degenerativas. (Fernández Iglesias, 2008). En Esparta, con el objetivo de reforzar su poderío militar, las personas con discapacidad que presentaban defectos que le impidieran servir como soldados, eran considerados inútiles y cuando nacían se los arrojaban a una caverna del monte Tigeteo.

En Atenas, se practicó el infanticidio, Aristóteles impulsaba una ley que prohibiera la crianza a os hijos lisiados en su libro *La Política* y Platón. Por su parte, en Roma el infanticidio tenía carácter legal con la Ley de las Doce Tablas (541- 540 a. de C.), en las que se establecía que el padre podría matar a s u hijo con discapacidad inmediatamente después del nacimiento. En la América precolombina y en las tribus de esquimales, por el contrario, los consideraban depositarios de malos augurios, por los que los excluían del entorno social abandonándolos a su suerte. En Grecia, se asociaba directamente la enfermedad como posesión de los espíritus del mal; así se encuentra que a epilepsia era una “enfermedad sagrada” o “mal divino” siendo que los ataques de epilépticos eran considerados posesiones por parte de los espíritus. (Palacios, 2008)

En la edad media, uno de los objetivos de la sociedad era, aliviar a la sociedad de los hijos del pecado y del demonio. Estos últimos, usualmente referían a los discapacitados físicos, mentales e intelectuales por lo que eran muchas veces torturados y cuando ocurría una epidemia, plaga o catástrofe, la culpa se les asignaba castigándolos con su muerte. Así, fueron pocos los avances conseguidos y se continuó con situaciones de abandono, injusticia y marginación. En esta etapa, la Iglesia Católica ofrecía una doble mirada, eliminando por un lado a las personas con discapacidad y por el otro lado, otorgándoles asilo o creando hospitales. Es por ello, que desde finales de la Edad Media, la influencia de parte del Cristianismo humaniza n cierta medida el tratamiento a los discapacitados. (Carnignano y Palacios, 2012)

Del Águila (2013) considera que en la Edad Moderna, la llegada del Humanismo, (movimiento tendiente a fomentar la justicia social), fue un acontecimiento de gran importancia; en cuanto q que se desarrolló la medicina y se crearon las primeras prótesis. Además de ello, se crearon instituciones benéficas a cargo del Estado y los enfermos comenzaron a recibir un trato más equitativo y caritativo. Surge además el concepto de “rehabilitación”. A principios del siglo XVIII, en Francia, se comenzó a analizar el mundo de los ciegos y de los sordomudos, creándose la primera escuela de sordomudos, en la que se enseñó el lenguaje de comunicación valiéndose de las manos.

En el siglo XIX, surge un mayor compromiso por parte de los gobiernos, se fundan hospitales e institutos ortopédicos donde, no solo se realizan cuidados médicos sino que también se consideran la reeducación y la reinserción laboral como parte del tratamiento de los pacientes. Ya en el siglo XX, comenzaron a desarrollarse movimientos asociativos de discapacitados y sus familias, a la vez que los Estados participan activamente en la búsqueda de soluciones para los problemas de las personas discapacitadas. En 1996, la Organización de las Naciones Unidas, aprueba las Normas Uniformes que establecen las condiciones primarias

para fomentar la igualdad de oportunidades entre las personas con discapacidad y aquellos no discapacitados. (Broyna, 2006)

### *La Discapacidad en Argentina*

En Argentina, las personas con discapacidad han llamado la atención de los legisladores desde el comienzo del siglo XX. 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”. Los primeros, si pertenecían a una alta clase social eran recluidos en un convento y si pertenecían a la clase social baja, se los alojaba en los calabozos de los cabildos. A los segundos, se los atendía en su domicilio y a los terceros, se los sub clasificaban en: autistas, maniáticos, sonsos y graciosos. En 1882, nuestro país, participó en el primer Congreso Pedagógico Internacional, con un trabajo sobre educación especial: “el sordomudo argentino, su instrucción y educación”. En 1885, el Congreso Nacional, sancionó la Ley 1.666, fundándose así el Instituto Nacional del Sordomudo. En 1901, se inauguró en Buenos Aires, una escuela para ciegos, donde se impartió educación elemental y conocimiento musical. En 1909, dicha escuela se transformó en el Instituto Nacional de Ciegos. (Yedín, 2012)

Durante el transcurso del verano de 1956, el país se vio conmocionado por la expansión de la Poliomiéltis, enfermedad infecciosa, altamente contagiosa conocida como Parálisis infantil. La polio tuvo un brote de gran importancia en nuestro país en el año 1943, pero en 1956, alcanzó el nivel de mortalidad y afección discapacitante. El avance de la epidemia, implicó una reestructuración de los sistemas de salud. En 1984, se registró el último

caso de poliomielitis por lo cual a partir de ese año se consideró erradicada del territorio nacional. (Aren, 2012)

En este marco, se sancionó en el año 1981 la Ley 22.431, con un amplio aspecto en materia de discapacidad, sobre concepto, clasificación de discapacidad, servicio de asistencia, prevención y demás. Por decreto 110/87, se llevó a construir la actual Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS). En 1997, se sancionó la Ley 24.901 del Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, produciendo un cambio relevante en canto a asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad mediante la integración de políticas institucionales, económicas y demás.

En líneas generales, como análisis de lo relato supra, se puede apreciar que las personas con discapacidad han sido siempre víctimas de discriminación por parte de la sociedad, en el pasado de una manera más extrema que en la actualidad. Si bien es cierto, que a medida que las sociedades maduraron, la percepción de la discapacidad ha ido evolucionando, es importante remarcar que en Argentina, el rol estatal, no alcanza la eficiencia requerida por lo que se debe continuar trabajando en ello, en procura de lograr una mayor inserción social.

## 2. CONCEPTUALIZACIÓN DE DISCAPACIDAD.

Con la finalidad de conceptualizar el término “discapacidad”, es necesario hacer referencia a los modelos que han existido a lo largo de la historia, los cuales se pueden clasificar en tres etapas:

### a- *Modelo de Prescindencia*

El cual comprende dos submodelos, a saber:

-Marginación: en el mundo medieval, las PCD se encontraban incluidas en el grupo de los pobres y los mendigos. Autores como Geremek, sostienen que la marginación en la cual se encontraban inmersos, era una marginación necesaria y de sostén dentro el conjunto social (1990). Ello, en el sentido que el pobre ocupaba un puesto central necesario, que complementa de manera imprescindible al puesto del rico. Marvall, en sentido similar, afirma que la carencia de bienes o de salud eran considerados como una ley natural, siendo el pobre una pieza elemental en el orden natural. Por dicha causa, era obligación del rico, desde un punto de vista religioso, cumplir con su carga relativa a la ayuda debida a los pobres (1981). Como consecuencia de ello, las PCD eran víctimas de aislamiento y encierro.

-Eugenésico: tal como hice referencia en el párrafo anterior, este modelo considera que las causas que dan origen a la discapacidad, obedecen a un motivo religioso. Este sub modelo considera a las PCD como innecesarias por estimar que no contribuyen a las necesidades de la comunidad y ser consecuencia del enojo de los dioses; por lo tanto, su vida no merece la pena ser vivida. (Palacios, 2008). Como resultado de ello, las PCD eran víctimas de infanticidio.

*b- Modelo Rehabilitador*

Este modelo, pone especial énfasis en la persona y su deficiencia, caracterizada como una anomalía patológica que impide a la persona realizar actividades que se consideran "normales", es decir aquellas que pueden realizar la mayoría de las personas que no padecen dichas diversidades funcionales. Deja de imperar la explicación religiosa del modelo de la prescindencia, basándose en un criterio exclusivamente "científico – médico", al considerar que las causas que dan origen a la discapacidad se centran exclusivamente en las "limitaciones" que tiene la persona. La persona con discapacidad, es considerada un ser desviado de una supuesta norma estándar y por dicha razón se encuentra limitada o impedida de participar

plenamente en la vida social. Esta suposición arrastra, una identificación de la diversidad funcional con la enfermedad. Esto importa el convencimiento de que la “deficiencia/enfermedad”, al ser una situación modificable, debe ser en todos los casos “curada”, y por ende las personas con discapacidad han de ser en todos los casos “rehabilitadas”. (Rosales, 2004)

c. *Modelo Social*

Es aquél que considera que las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son preponderantemente sociales. Se redefine la rehabilitación o normalización, estableciendo que éstas deben tener como objeto el cambio de la sociedad y no de las personas. Desde esta perspectiva, ciertas herramientas, como el diseño para todos y la accesibilidad universal cobran una importancia fundamental como medio de prevención de situaciones de discapacidad. Se acentúa además, el hecho de que el propio concepto de persona con discapacidad varía según los contextos, las épocas y según existen ciertas contradicciones que deben ser remarcadas si se parte de la idea de que las vidas de las personas con discapacidad tienen el mismo valor que las vidas del resto de las personas (Lema Añón, 2003).

Ahora bien, con la finalidad de conceptualizar la discapacidad en la actualidad, se hará mención a definiciones, ya sea en forma directa o indirecta, que se la ha otorgado a nivel internacional, nacional y local a la discapacidad.

Así, por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD), en su art. 1 no define el concepto de “discapacidad” sino que describe el alcance del mismo estableciendo que cuando hablamos de personas con discapacidad, se “...incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a lo largo del

plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Por otro lado, el art. 2 de la Ley 22.431, reza lo siguiente, “se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.”

La ENDI (primer encuesta nacional de discapacidad), a define como “toda limitación en la actividad y restricción en la participación que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social”

Teniendo en cuenta las definiciones aportadas por la Convención de la ONU (CDPCD), por la ley nacional (22.431) y por la encuesta nacional de personas con discapacidad (ENDI), todas ellas tienen como denominador común que la discapacidad consiste en una limitación social; es por ello y con el fin de elaborar una definición propia que en este trabajo se considera discapacitada, a toda persona que por poseer una alteración prolongada en su salud presenta limitaciones o dificultades para desenvolverse plenamente en el contexto social en el que se encuentra inmerso. Se considera además, que dicho concepto debería estar despojado de toda connotación social negativa y ser simplemente un concepto médico a los fines de un tratamiento adecuado.

### 3. TIPOS DE DISCAPACIDAD. SITUACIÓN DEL DISCAPACITADO EN RELACIÓN A LA SOCIEDAD.

El principal problema de las personas con discapacidad no son sus deficiencias físicas, sensoriales o mentales, sino la manera en la que son vistas y tratadas por la sociedad. Hay una suerte de “invisibilización” de las personas con discapacidad al momento de formular políticas

públicas; la situación de las PCD en Argentina parece ser un mundo desconocido por la mayoría.

Por tal motivo, en 2003, la ENDI (Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad), en una encuesta complementaria del Censo Nacional de Población de Hogares y Viviendas del año 2001, en una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos en todo el país. Entre ellos, el 7,1% de la población tiene alguna discapacidad. En números absolutos se trata de 2.176.123 personas. La distribución por sexo de las personas con discapacidad muestra un leve predominio de mujeres: el 53,6% son mujeres y el 46,4% restante, varones.

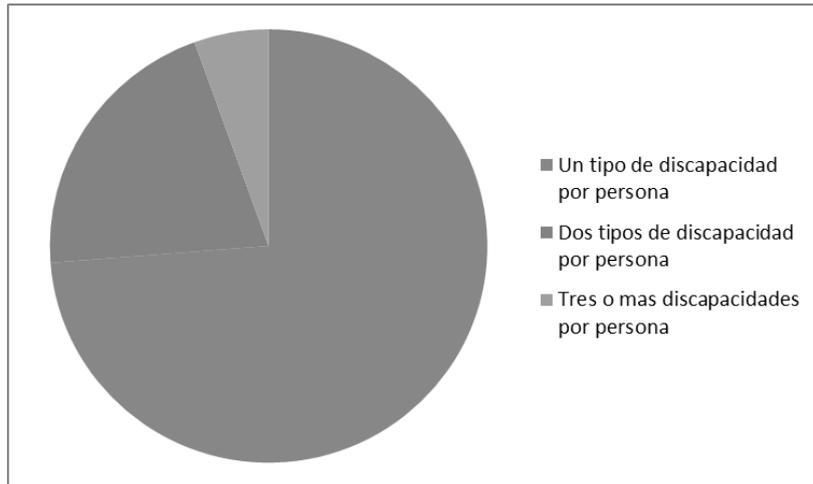
Grafico 1: Predominio de Discapacidad en Argentina según el sexo.



Fuente: elaboración propia

La ENDI indagó respecto de la cantidad de discapacidades por persona; así el 73,9% de las personas con alguna discapacidad tiene un solo tipo, el 20,2% posee dos tipos y un 5,9% tiene tres o más.

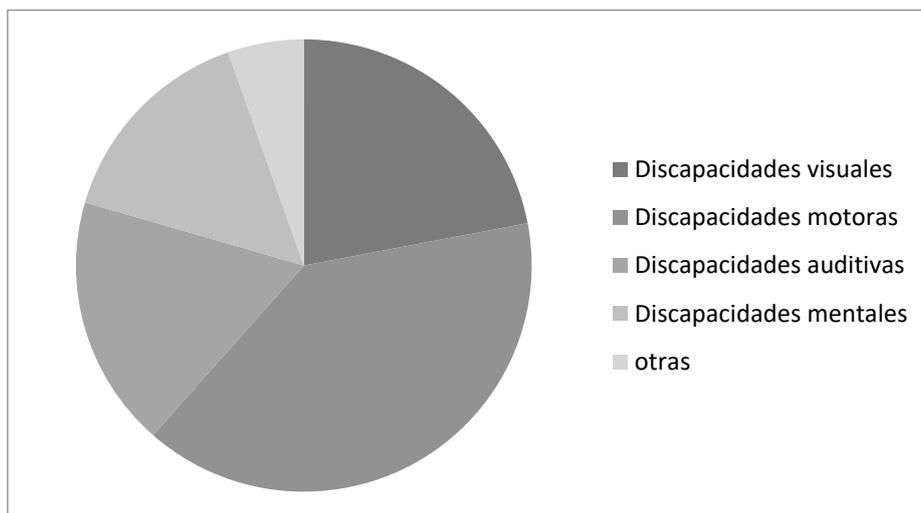
Grafico 2: Cantidad de discapacidades por personas.-



Fuente: elaboración propia

Ahora bien, ¿Cuáles son las discapacidades más frecuentes? En primer lugar, con un 39,5% se encuentran las motoras; le siguen las discapacidades visuales con un 22%, luego las auditivas con un 18% y por último, están las mentales con 15,1%.-

Grafico 3: Tipos de Discapacidad en Argentina.



Fuente: elaboración propia

Dentro de cada tipo de discapacidad, existen distintos grados:

- En la discapacidad motora, predomina la discapacidad en los miembros inferiores, con dificultad permanente para acostarse, levantarse, mantenerse de pie o sentado, subir escaleras, utilización de sillas de ruedas, andador, muletas, bastones, férulas, prótesis y demás.-
- En la discapacidad visual, predomina la dificultad para ver. Ello comprende la dificultad para ver de cerca, de lejos e incluso la ceguera. (Rosales, 2008)
- En la discapacidad auditiva, predomina la dificultad de 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, hasta llegar a la sordera que consiste en no poder oír ningún sonido. (Dossier, 2015)
- En la discapacidad mental, predominan los retrasos mentales que comprende la dificultad de aprender, trabajar y/o relacionarse, y por problema mental tener en forma permanente algún problema mental que dificulte relacionarse y/o trabajar. (Rosales, 2008)

Por otra parte, el Indec, presentó un estudio elaborado a partir de preguntas específicas incluidas en el Censo Nacional 2010, el cual arrojó como resultado que en Argentina, más de cinco millones de personas viven con dificultad o limitación permanente, lo que representa el 12,9% del total de la población. Dicho censo, coincide con la encuesta efectuada por la ENEDI, al decir que predomina la discapacidad en mujeres que viven mayormente en áreas urbanas y la edad influye en su limitación, que va aumentando a medida que envejece la población; es decir que la edad es un factor clave: a mayor edad, mayor incidencia en la dificultad o limitación permanente (DLP), que afectan a menos del 6% de la población entre 0 y 39 años, y a partir de los 40 va incrementando gradualmente hasta alcanzar el 43,6% de las personas entre 75 y 79 y el 56,4% de los mayores de 80 años.

Otro aspecto a mencionar es que la población con DLP, tienen más presencia en el Noroeste y allí, especialmente en La Rioja (17,1 %), Jujuy (16,3%), Salta (16,2). Por su parte,

la ciudad de Buenos Aires, presenta la menor prevalencia, con el 8%, junto con las provincias de la región pampeana, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

En la provincia de Córdoba, se puede observar la prevalencia de la discapacidad en mujeres, mediante los datos plasmados en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo por grupos de edad.

Grupos de edad	Población total			Población con discapacidad			Prevalencia <sup>(1)</sup>		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
<b>Total</b>	<b>2.475.017</b>	<b>1.185.270</b>	<b>1.289.747</b>	<b>204.829</b>	<b>89.764</b>	<b>115.065</b>	<b>8,3</b>	<b>7,6</b>	<b>8,9</b>
0-14	658.771	332.580	326.191	19.657	11.367		3,0	3,4	
15-64	1.559.482	752.229	807.253	102.378	45.532	56.846	6,6	6,1	7,0
65 y más	256.764	100.461	156.303	82.794	32.865	49.929	32,2	32,7	31,9

Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001.

Puntualizando en la esencia de este trabajo, es importante resaltar que del total de personas con alguna discapacidad, el 38,4% no tiene cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual y que la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que entre un 7% y un 10% de la población padece de alguna discapacidad y la tasa de desocupación es cuatro veces mayor al promedio general de la población.

#### 4. JURISPRUDENCIA

Culminando con este capítulo, a continuación se exponen casos reales de distintos tipos de discapacidad, en los cuales la jurisprudencia ha dejado asentado determinados antecedentes.

### 1- *Discapacidad visual*

En un fallo de la CSJN, P.T.G c/ Administración Nacional de la Seguridad Social, N° 14000029 de fecha 06 de marzo de 2014, se dejó sin efecto la sentencia que rechazaba la demanda incoada por la actora, tendiente a obtener el beneficio de pensión ante el deceso de su progenitor y se ordenó a ANSES que otorgue tal beneficio, debido a que el peticionante se encontraba afectado de ceguera a extremos de imposibilitar el desarrollo de tareas laborales competitivas.

### 2- *Discapacidad auditiva*

En un fallo de la Cámara de Apelaciones en lo Civil Comercial y Minería de San Juan, en los autos “CAMPOS Mariela c/ OSECAC s/Amparo” de fecha 24 de junio de 2012, se interpuso acción de amparo basándose en el art 3 de la Ley 25.415, la cual dispone que, las obras sociales y asociaciones de obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa Médico Obligatorio dispuesto por Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud, incluyendo la provisión de audífonos y prótesis auditivas así como también la rehabilitación fonoaudiológica.

En otro fallo de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial, Azul, Buenos Aires, en los autos FREITAS, Mirta Esther C/Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) s/ repetición, de fecha 13 de julio de 2012; en el cual la obra social demandada debió abonar a la afiliada accionante al monto total de una prótesis que no se encontraba comprendida en el Plan Médico Obligatorio, ya que tratándose en el caso de prestaciones para quien padece una discapacidad, resultan de aplicación, además de las previsiones de la ley 23.661, las de la ley 24.901, en cuyo art. 1 instituye el sistema de las 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.

### *3- Discapacidad mental*

La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Comercial Federal, Capital Federal, en los autos BUSNELLI, Pablo Ariel y otros c/ OSPEDYM s/ Daños y perjuicios de fecha 20 de septiembre de 2011, se refiere al certificado de discapacidad, en el cual consta una deficiencia mental en el menor. Si bien el colegio al que concurre el menor, no cuenta con un proyecto integrador para niños discapacitados, la enseñanza se desarrolla en escuela de modalidad común con presencia de maestra integradora. Este tipo de enseñanza permitió que el menor lograra una “evolución muy favorable”. El informe pericial medico presentado alerta sobre el peligro de los cambios de colegios, ya que las relaciones que establecen estos niños son más fuertes que las comunes y más difíciles de lograr, razón por la que el cambio de establecimiento le significó un retraso muy importante.



## CAPITULO IV: REGIMEN LEGAL DE LOS DISCAPACITADOS

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

La discapacidad se encuentra regulada en nuestro país por una multiplicidad de leyes nacionales y provinciales, decretos, resoluciones, y por dos convenciones internacionales como los son la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad” de la OEA y la recientemente aprobada “Convención Internacional sobre Derecho 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 etc.

A continuación, se detallan los principales aspectos de cada una de ellas, a saber:

### 1. NORMATIVA INTERNACIONAL

#### 1.1. *Convención interamericana para la eliminación de todas la formas de discriminación contra las personas con discapacidad.*

Este, es un instrumento jurídico internacional, aprobado por la Organización de Estados Americanos (OEA), en 1999, entrando en vigor en septiembre de 2001, regulando la protección de los discapacitados. En cuanto a su contenido, empieza definiendo la discapacidad como una deficiencia física, mental, o sensorial, de naturaleza permanente o temporal, limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, y que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (art. 1) para el logro de los objetivos de la convención, se instan a los Estados Partes a adoptar todas la medidas

necesarias para la eliminación de cualquier forma de discriminación (legislativas, arquitectónicas, transporte, comunicación, etc.), comprometiéndose a cooperar entre sí, a investigar científica y tecnológicamente y desarrollar los medios necesarios para favorecer la integración a la sociedad de las personas con discapacidad (art. 4). Se establece así mismo, un mecanismo de control a través de la creación del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, cuyo objetivo es la formulación de las oportunas sugerencias, conclusiones y observaciones oportunas para el cumplimiento de las disposiciones de la Convención.

Dicha convención hace hincapié a la prevención y a la detección temprana, esto es desde la infancia, lo que es imprescindible contar con una atención adecuada durante el embarazo. Del mismo modo, hay que tener en cuenta que es fundamental recibir el tratamiento conveniente para cada tipo de discapacidad desde los primeros años de vida. De igual importancia es, que la sensibilización y la educación a la que se refiere la presente convención, comiencen desde las primeras etapas educativas.

En Argentina se aprobó esta convención mediante la ley 25.280 la cual se promulgó de hecho en julio de 2000.

### *1.2 - Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD).*

La CDPCD, ratificada por el Congreso de la Nación en mayo del 2008, es ante todo un tratado de derechos humanos que tiene por objetivo “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (art. 1). Se trata de una convención de tipo mixta o integral, que aborda la protección contra la

discriminación y provee herramientas orientadas a que el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se aplique en cada derecho o área particular (Palacios, 2008).

La CDPCD contiene una serie de derechos sustantivos (educación, salud, empleo), pero estos son abordados desde la perspectiva y la fórmula de la no discriminación, utilizando las herramientas del derecho antidiscriminatorio. Para esta convención las personas con discapacidad “incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (art.1).

Los principios generales definidos en el Art.3 informan al resto del articulado y es a partir de ellos que deben interpretarse y aplicarse la Convención. Ellos son:

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

Al ratificar esta Convención los Estados Partes, se obligan a abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con ella; adoptar medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad; y a la adopción de medidas legislativas, administrativas, de políticas o programas orientados a hacer efectivo los derechos de las personas con discapacidad (PCD).

La convención, establece una serie de derechos que constituyen un núcleo normativo interrelacionado y que, sin perjuicio de su autonomía dentro del articulado, pueden ser agrupados en cinco hábitos genéricos (Palacios, 2008):

- Derechos de igualdad
- Derechos de protección en situación de especial vulnerabilidad
- Derechos de libertad y autonomía personal
- Derechos de participación
- Derechos sociales básicos

## 2- NORMATIVA NACIONAL.

### *2.1- Constitución Nacional.*

Los derechos de las PCD, están garantizados por el texto de la Constitución Nacional, por algunos tratados internacionales de derechos humanos incluidos explícitamente en el articulado constitucional y por otros convenios internacionales que fueron firmados por el Poder Ejecutivo y aprobados por el Congreso a través de leyes nacionales.

La reforma constitucional de 1994, desde la perspectiva de los derechos humanos, incorpora en el Art.75, inc. 22, una serie de tratados internacionales de derechos humanos, que pasan a formar parte de ella y, en consecuencia, se convierten en ley suprema.

A demás, la Constitución Nacional le otorga al Congreso el mandato de “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos en particular respecto de os niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad” (Constitución Nacional Art.75 inc.23). Las PCD forman parte de los grupos considerados vulnerables que requieren una articular atención de la legislación positiva.

Otro aspecto de la Constitución Argentina, que es importante resaltar es el recurso de amparo que se instituye entre los nuevos derechos y garantías en capítulo II, precisamente en el art. 43, el cual establece que *“toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere, o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado, o una ley”*.

Entre los convenios que habiendo sido ratificados por el país aún no han sido incorporados al cuerpo de la Constitución, interesa destacar la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contralas Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala (ley 25.280), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) y su Protocolo facultativo aprobados mediante resolución de las Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre del 2006 (ley 26.378).

## *2.2- Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.*

La ley 22.431, presenta un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, lo que le asegura a las PCD una atención médica, educacional y de 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 por parte del Estado a nivel Nacional. Dentro de estos beneficios encontramos: Servicio de asistencia como prevención, salud y asistencia social, trabajo y educación, seguridad social, accesibilidad al medio físico

## *2.3- Ley 24.901: Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.*

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.

Es relevante mencionar que según el texto de la ley tratante, las obras sociales tienen la obligación de cubrir en su totalidad, las prestaciones básicas que necesitan las personas con discapacidad, a saber: prestaciones de carácter preventivas, de rehabilitación, terapéuticas educativas, educativas y asistenciales.

Así mismo, serán integradas por servicios específicos de acuerdo a la patología, edad, y situación socio-familiar de cada persona discapacitada, los cuales son: estimulación temprana, educación inicial, educación general básica, educación secundaria, formación

laboral, centro de día, centro educativo terapéutico, centro de rehabilitación psicofísica, rehabilitación motora y rehabilitación sensorial.

Además, una persona con discapacidad dispone de prestaciones complementarias, las que se pueden describir en: cobertura económica, apoyo para acceder a las distintas prestaciones, iniciación laboral, atención psiquiátrica, medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país, atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales, estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplado dentro de los servicios que brindan los entes obligados en la presente ley, diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario.

#### *2.4- Ley 25.504: Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.-*

Esta ley fue sancionada el 14 de noviembre del 2001 y promulgada el 12 de diciembre del mismo año. Su artículo 1 se modifica el artículo 3 de la ley 22.431, el cual queda redactado de la siguiente forma:

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación certificara en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así con las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicara también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, que tipo de actividad laborar o profesional puede desempeñar.

El certificado que se expida se denominara Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos que sea necesario invocarlo, salvo lo dispuesto en el art. 19 de la presente ley. Idéntica validez, en cuanto a sus efectos, tendrán los certificados emitidos por las provincias adheridas a la ley

24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que se establezcan por reglamentación.

### *2.5.- Análisis comparativo de la normativa nacional*

En cuanto al alcance de las prestaciones, el art. 1 de la ley 22.431, instituye un sistema de “*protección integral*” de las personas discapacitadas y la ley 24.901 se refiere a un sistema de “*prestaciones básicas de atención integral*”, aunque al final de dicho articulado, se refiere a la “cobertura integral a sus necesidades y requerimientos”. El art. 1 de la ley 24.91, contempla “acciones de prevención, asistencia, promoción y protección”, ampliando en este sentido las obligaciones de los prestadores a dos áreas no incluidas en la ley anterior: prevención y promoción, resultando la ley 22.431 de corte más asistencialista que preventivo. El art. 1 del decreto reglamentario 1193/98 garantiza la “universalidad de las atención de las PCD, mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática.

En lo atinente a la población alcanzada, la ley 22.431 en el art. 2 se refiere al beneficiario y la ley 24.901 en su art. 9 se remite a la primera agregando “alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental”, eliminando la disyuntiva “física o mental”.

Los principales obligados en la ley 22.431, se encuentran en el art. 4, donde se regula lo siguiente “El Estado, a través de sus órganos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que estos, las personas de quienes dependan o los entes de obra social a los que estén afiliados, no pueden afrontarlos, los servicios relacionados con la discapacidad. Es decir, las obligaciones de las Obras Sociales resultan subsidiarias. En cambio, el art. 2 de la ley 24.901, es mucho más taxativo: “*Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1 de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter*

*obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas las mismas*". El artículo transcrito coloca en primer lugar a las Obras Sociales y el art. Modifica en este sentido el artículo 4 de la ley 22.431, declarando que el Estado prestará los servicios a quienes no estén incluidos en el sistema de Obras Sociales, "en la medida en que aquellas (los discapacitados) o las personas de quiénes dependan no puedan afrontarlas". Es decir, son dos sistemas; por un lado quien sea beneficiario del Sistema de Obras Sociales deberá reclamarlo de éstas. Quienes no tengan cobertura social, será el Estado Nacional el obligado.



## CAPITULO V: ESTATUTOS ESPECIALES

En el presente capítulo se analizarán tres estatutos especiales, los cuales poseen elementos característicos de la definición de discapacidad, regulada en el art. 2 de la ley 22.431.

A saber:

- Alteración funcional
- Permanente o prolongada
- Implican desventajas para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Así pues, la enfermedad celiaca es considerada una discapacidad, debido que se debe a una alteración prolongada, permanente que implica desventajas en su integración preponderantemente social

Por otro lado, tanto la infertilidad como la sub fertilidad, son también consideradas una discapacidad, debido a que ambas son alteraciones funcionales, prolongadas o permanentes que implican desventajas principalmente en su integración familiar, afectando el derecho a formar una familia.

Finalmente, la diabetes como enfermedad, es una alteración funcional, permanente o prolongada que implica una desventaja fundamentalmente en la integración laboral, al no aprobar los exámenes de ingresos pre -ocupacionales.

### 1. ENFERMEDAD CELÍACA – LEY 26.588

La enfermedad celíaca es una condición permanente de predisposición genética, donde los individuos sufren intolerancia al gluten contenido en varios alimentos. El gluten es una proteína contenida en el trigo, la avena, la cebada y el centeno (TACC). Dicha enfermedad, se manifiesta como una enteropatía inmunomediada de signología variada, donde se ve alterada

la absorción de nutrientes, vitaminas y minerales de los alimentos consumidos y hasta el momento el único tratamiento disponible es, una dieta libre de gluten. Por lo cual es de suma importancia su detección temprana y tratamiento, evitando así futuras complicaciones.

Mediante el Decreto N° 815 del 26 de julio de 1999, se establece la creación del Sistema de Control de Alimentos, con el objetivo de asegurar el cumplimiento del Código Alimentario Argentino. De esta normativa a su vez se desprende la Comisión Nacional de Alimentos (CONAL) como un organismo asesor, de apoyo y seguimiento del Sistema Nacional de Control de alimentos. Estas dos entidades en conjunto (INAL Y CONAL), confeccionaron un listado de los alimentos libres de gluten, el cual se actualiza periódicamente.

Por tratarse de una enfermedad crónica, las obras sociales deben brindarle al afiliado una cobertura del 70% de la diferencia del costo de las harinas y premezclas libres de gluten respecto de aquellas que lo poseen.

Por otra parte, a través de la Resolución N° 1560 del 27 de noviembre de 2007, el Ministerio de Salud creó el Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celiaca, el cual tiene como propósito contribuir a la promoción de la detección temprana de la enfermedad y fortalecer el Sistema Nacional de Control de Alimentos en lo referente a alimentos libres de gluten, como así también de elaborar un plan de acción para el desarrollo de contenidos educativos que contribuyan a la capacitación, perfeccionamiento y actualización sobre la enfermedad. De este modo se involucra a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Organismo descentralizado que funciona en la órbita de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud, que por medio del Instituto Nacional de Alimentos (INAL) es el encargado de autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los alimentos incluyendo los suplementos dietarios, así como los materiales en contacto con los alimentos, coordinadas con las jurisdicciones sanitarias federales y sus delegaciones.

Con posterioridad a ello, la Ley 26.588 sancionada el 02 de diciembre de 2009 y promulgada el 29 de diciembre del mismo año, declaró de interés Nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca.

De este modo se involucra a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Organismo descentralizado que funciona en la órbita de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud, que por medio del Instituto Nacional de Alimentos (INAL) es el encargado de autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los alimentos incluyendo los suplementos dietarios, así como los materiales en contacto con los alimentos, coordinadas con las jurisdicciones sanitarias federales y sus delegaciones.

En la actualidad, rige la ley nacional 27.196, sancionada en el año 2015, la cual modificó a la antigua ley nacional de celiaquía N° 26.588 del año 2009. La vigente ley, amplía la regulación de la anterior, declarando “de interés nacional a acción médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca su difusión y el acceso a los alimentos y medicamentos libres de gluten”

Es dable destacar la importancia de esta última, al abogar por la investigación integral de la enfermedad, su capacitación profesional en la prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo, además de su difusión y concientización.

## 2. REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA – LEY 26.862

La fertilización asistida es un recurso reproductivo altamente demandado, por la imposibilidad que tienen las personas en concebir de forma natural por presentar problemas de infertilidad o sub-fertilidad, ya sea por causa de la edad o bien por algún trastorno

reproductivo independiente a esta última. Se entiende por reproducción médicamente asistida a todos los tratamientos que conllevan a un embarazo. Así mismo, existen técnicas de baja complejidad y de alta complejidad. Las primeras comprenden, la unión de un óvulo con espermatozoide dentro del aparato reproductor femenino, logrado a través de la inducción de la ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación e inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal con semen de la pareja o donante. Las segundas comprende, la unión del espermatozoide con el óvulo fuera del sistema reproductor femenino, pudiendo ser fecundación in-vitro; inyección intracitoplasmática del espermatozoide; la criopreservación de ovocitos y embriones; la donación de ovocitos y embriones y la verificación de tejidos reproductivos.

La ley 26.862 de reproducción asistida o también conocida como ley de fertilización asistida, posee un antecedente de marcada importancia, la Ley 14.208 sancionada en diciembre de 2010 la ley 14.208. Dicha ley, estableció la prestación obligatoria por parte del Estado Provincial, cuando los solicitantes carezcan de cobertura de salud. La cobertura, se otorgaba a parejas, con mujeres entre 30-40 años de edad, debiendo tener un mínimo de dos años de residencia en la provincia de Buenos Aires. Los procedimientos se practicaron con gametas propias, no permitiéndose la ovodonación y con un tope de hasta dos tratamientos, uno por año, y excepcionalmente un tercero.

Habiendo mencionado las condiciones de la Ley 14.208, muy diferente es la realidad de la Ley 26.862; la cual fue sancionada el 5 de junio del año 2013 y promulgada el 25 de junio de ese mismo año. Esta última, basa su reglamentación en cubrir la necesidad de las personas que no pueden procrear por medios naturales, de ser madres o padres y formar una familia, reconocidos por la Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango constitucional. Esta legislación, prioriza ampliar los derechos, contemplando de manera

igualitaria e inclusiva a todas las personas, mayores de edad, sin importar su condición sexual o estado civil.

En este sentido se ven involucrados el sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social de Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades así como también todos aquellos agentes que brinden servicio médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, en incorporar como prestación obligatoria y brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral de las técnicas de reproducción asistida. Esta cobertura, se basa en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un enfoque integral e interdisciplinario del abordaje, diagnóstico, medicamentos, terapias de apoyo y las técnicas de reproducción médicamente asistida de baja y alta complejidad.

Un aspecto importante para destacar, es que en caso de que la técnica de reproducción asistida requiera de la donación de gametos, nunca tendrá carácter lucrativo. En los términos que marca la ley 26.862 y a diferencia de la anterior, una persona podrá acceder a un máximo de cuatro tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad y hasta tres tratamientos de reproducción médicamente asistida de alta complejidad, con intervalos mínimos de tres meses entre cada uno de ellos. Debiéndose comenzar con las técnicas de baja complejidad como requisito previo al uso de las de mayor complejidad. A efectos de realizar estas últimas deberán cumplirse como mínimo tres intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de las técnicas de alta complejidad.

Existe jurisprudencia en materia de fertilización asistida, obras sociales y personas con discapacidad. Así, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Comercial Federal,

Capital Federal, con fecha 22 de marzo de 2013 en los autos APK y otro C/ Obra Social de la Policía Federal Argentina y otro - s/ Sumarisimo, estableció que resulta aplicable a quien padece infertilidad, el art. 2 de la ley 22.431 de discapacidad, así como la doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación referida a las obligaciones de las autoridades públicas y de las obras sociales de generar acciones positivas a favor del derecho a la salud y a la plenitud de la vida, razón por la que corresponde ordenar a la Obra Social demandada que cubra íntegramente el tratamiento de fertilización asistida de la actora, en las veces que sea necesario hasta lograr el embarazo.

### 3. ASPECTOS LEGALES DE LA DIABETES. Ley 25.753 y ley 26.914.-

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir de manera suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona fabricada en el páncreas encargada de que la glucosa ingrese a las células del organismo y sea transformada en energía para que las mismas funcionen de manera adecuada. Por eso una persona con diabetes, no absorbe la glucosa, esta queda en sangre (hiperglucemia) dañando los tejidos, causando graves complicaciones para salud potencialmente letales. Existen tres tipos principales de diabetes que son la tipo 1, la tipo 2 y la diabetes gestacional.

La ley N° 23.753 de problemática y prevención de la diabetes, sancionada el 29 de septiembre de 1989 y promulgada el 06 de octubre del mismo año, fue la precursora. Estableciendo que el Ministerio de Salud de la Nación, dispondría las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, tendiente al reconocimiento, tratamiento y adecuado control de la misma. El mismo debía abocarse a los problemas de producción, provisión y dispensación para así asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo.

Como aspecto importante a destacar en el ámbito laboral, es que la diabetes no será un impedimento para el ingreso laboral, tanto en el sector público como privado. El desconocimiento de este derecho será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592 modificada por la ley 25.788. Las juntas médicas dispuestas por el Ministerio de Salud, serán las que determinarán si existe algún tipo de incapacidad debido a la diabetes para el ingreso laboral, como así también si estas son parciales o totales, transitorias o definitivas.

A su vez, mediante Resolución 310/04 del Ministerio de Salud, se establece la cobertura del 70% de aquellos medicamentos destinados a patologías crónicas que requieren tratamiento permanente, una cobertura del 100% de medicamentos durante internación y en el Plan Médico Obligatorio (PMO), se detalla la cobertura de los distintos tipos de insulina.

La ley 23.753, fue posteriormente modificada por la ley 26.914, la cual se sancionó el 27 de noviembre de 2013 y se promulgó el 17 de diciembre del mismo año. En la referida ley, se encuentran las modificaciones puntuales de ciertos artículos de la ley 23.753, como lo fue el art.1º, en el cual se dispone que a través de las de las áreas pertinentes, se dictarán las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control. Además, se llevará control estadístico, se prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país a fin de coordinar la planificación de acciones. Garantizará la producción, distribución y dispensación de los medicamentos y reactivos de diagnósticos para autocontrol a todos los pacientes diabéticos, con el objeto de asegurarles el acceso a una terapia adecuada de acuerdo con los conocimientos científicos, tecnológicos y farmacológicos aprobados, así como también su control evolutivo.

También, se reemplazó el art. 5, preceptuando que se establecerán normas de provisión de medicamentos e insumos, las que deberán ser revisadas y actualizadas como mínimo cada dos años, con el fin de incluir en la cobertura los avances farmacológicos y tecnológicos, que resulten de la aplicación de la terapia de la diabetes y promuevan una mejora en la calidad de vida de los pacientes. La cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes será del 100% y en las cantidades necesarias según la prescripción médica. Para poder acceder a esta cobertura solamente será necesaria la acreditación, mediante una certificación médica de una institución sanitaria pública, de la condición diabética, esta se hará al momento del diagnóstico y seguirá vigente mientras el paciente revista el carácter de enfermo crónico. La autoridad de aplicación no podrá ampliar los requisitos de acreditación para acceder a la cobertura. Esta misma también deberá llevar a cabo campañas nacionales de detección y de concientización de la enfermedad, a fin de lograr un adecuado conocimiento en la sociedad de esta patología, que permita una mayor integración social de los pacientes. Deberá también articular con las jurisdicciones locales y las instituciones educativas en todos los niveles, programas formativos que permitan el acceso de alumnos y docentes a un conocimiento adecuado de la problemática.

## CAPITULO VI – POLÍTICAS DE ESTADO

### 1. ROL DEL ESTADO EN RELACION A LA DISCAPACIDAD.

El rasgo central que ha caracterizado al Estado argentino durante gran parte de la segunda mitad del siglo XX ha sido la reiterada inestabilidad institucional. La causa de esta inestabilidad reside en cuatro factores centrales: en primer lugar los sistemáticos cambios del régimen político afectaron las políticas y la institucionalidad estatal. En segundo lugar, en los períodos de relativa estabilidad del régimen político se verificaron profundos cambios político – institucionales entre los diversos gobiernos, tanto en contextos autoritarios como democráticos. En tercer lugar, incluso en períodos en los que el gobierno era estable, se produjeron radicales cambios de políticas y de organización interna de ministros, secretarías y subsecretarías. En cuarto lugar la escasez de recursos del Estado, resultó históricamente en una producción de políticas públicas oscuras, contradictoria, desarticulada y excluyente. (Acuña y Built Goñi, 2010).

Si bien, el art. 75, inc. 23 de nuestra Constitución Nacional, establece que: *“Corresponde al Congreso... legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”*, es cierto que esta inestabilidad política e institucional, ha provocado que en la práctica, no se incentive a quiénes tienen la intención de cumplir con las normas relativas a discapacidad, no se sancione a quiénes no acaten las mismas y se tienda a priorizar otros aspectos que nada tienen de relación con el tema en cuestión.

Como lo han resaltado también las Naciones Unidas, los Estados deben promover y apoyar por todos los medios posibles la creación y fortalecimiento de organizaciones que agrupen a personas con discapacidad, a sus familiares y a otras que defiendan sus derechos. Debe fomentarse el asociacionismo (ya sea mediante asociaciones o fundaciones), representando verdaderos cuerpos intermedios entre el Estado y el individuo, que tengan funciones de asistencia y sin ánimo de lucro.

El rol del Estado, no debería consistir únicamente en asistir a las PCD, sino en intervenir activamente para un mejor futuro para quienes hoy atraviesan esta problemática.-

## 2. ÁREAS DE INSERCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Una vez abordadas las cuestiones atinentes a la problemática del gobierno en esta materia, es momento de analizar algunas políticas públicas que requieren de una urgente atención para tratar de manera integral la discapacidad. La igualdad de oportunidades de las PCD sin adecuados procesos de integración, se vuelve una mera declaración de principios y un objetivo prácticamente inalcanzable. Por ende, es necesario diseñar e implementar un conjunto de acciones tendientes a superar los actuales niveles de exclusión que los afecta. Esto, conlleva a explorar posibles cambios en las acciones de las diversas áreas del Estado en materia de políticas de carácter sectorial.

En cuanto al ámbito familiar y social, la PCD, debe ejercer su derecho a vivir en la sociedad, a compartir espacio, inquietudes, trabajo y vivienda con quienes no padecen ese estado. Se debe contemporizar y prestar asistencia a la familia del discapacitado. Debe apuntalarse los regímenes de asistencia social; procurarse y hacerse efectiva toda legislación que permita facilitar el acceso a edificios, públicos o no, removiendo barreras arquitectónicas y

de infraestructura y procurando la adaptación de medios de transporte o viviendas a su problema (Ley 22.431)

Así pues, desde el ámbito educacional, las políticas educativas vinculadas a la discapacidad deberán tener como propósitos, los siguientes:

- Buscar la educación de mayor calidad posible.
- Convertir dicha educación en una herramienta válida para promover la posterior integración de alumnos con discapacidad en el mundo del trabajo.
- Generar cambios culturales tendientes a superar el modelo de exclusión.

Se trata de un ámbito con gran potencial para eliminar barreras, no sólo las arquitectónicas sino, fundamentalmente, las ideológicas-culturales. Son éstas, claramente, las que muchas veces impiden a las PCD el goce efectivo de sus derechos, aquellos que las “reglas formales” le reconocen. Cabe mencionar, que en materia educativa, los desafíos de coordinación se ven incrementados no sólo por la necesidad de lograr acuerdos entre la nación y las provincias, sino también entre educación especial y educación común y con el sector salud, ya que, de este último proviene el financiamiento para prestaciones educativas (Coriat;2008).

Desde el Ministerio de Educación de la Nación se deben cumplir, con las siguientes funciones:

- a) Revisar y acordar con las jurisdicciones criterios y categorías comunes para la producción de información estadística que dé cuenta del nivel de inclusión escolar
- b) Acordar un plan estratégico integral que suponga la identificación de prioridades, el acuerdo sobre metas e indicadores para su evaluación y negociaciones respecto de su financiamiento
- c) Sistematizar y analizar regularmente la información producida en el ámbito local

d) Reforzar acciones de comunicación y concientización, es especial aquellas dirigidas a los docentes y familias de PCD, poniendo el acento en las implicancias de integración efectivas.

En cuanto al ámbito específico de la educación superior, Acuña y Buil Goñi, consideran que es necesario:

- a) Arbitrar los medios para que las universidades sean accesibles en términos arquitectónicos
- b) Incorporar el concepto de “educación inclusiva” dentro del diseño curricular universitario
- c) Rever los planes de estudio de las algunas carreras universitarias y terciarias, de modo tal que durante su formación, los estuantes hagan propia una concepción “social” de la discapacidad y lo tengas incorporados al ejercer su profesión (2010).

Es fundamental la inclusión de PCD en escuelas comunes. Si bien es cierto que requiere de apoyos, adecuaciones físicas y curriculares con especialidades en el área, estudios internacionales han reflejado que el costo de mantener una estructura de educación especial, es entre siete y nueve veces superior al de implementar una educación integrada. Lo que se busca no es una mera disminución de costos, sino una más eficiente y efectiva aplicación de los recursos disponibles dentro del propio sistema educativo; pero analizándolo en conjunto y no como espacios separados (Acuña y Buil Goñi; 2010).

Se trata, sin dudas, de una tarea que deben liderar las autoridades educativas, pero que requieren de un alto grado de involucramiento del ámbito u organismo destinado a coordinar y gobernar las políticas públicas para atender a las PCD.

Desde el ámbito laboral, también es necesario abordar el tema de manera integral. Con ello, se hace referencia a la necesidad de fortalecer la relación entre los espacios de formación y el mundo del trabajo. Para ello, es necesario la participación y el compromiso de las organizaciones sindicales como actores relevantes en las políticas generadoras de empleo.

Muchos países, han aprobado una legislación que obliga a las administraciones públicas a contratar PCD hasta cubrir, al menos, un cupo porcentual del total de la planta funcional. Argentina, ha fijado ese porcentaje en el 4% a través de la ley 22.431, pero a pesar de su vigencia y obligatoriedad desde hace más de veinte años, el nivel de incumplimiento es masivo. Por otro lado, el art 23 de la ley 22.431, prevé exenciones impositivas para empresas que concedan trabajos a discapacitados y según doctrina, a dichas empresas les ha sido imposible gozar de ese beneficio. (Dossier, 2015). Queda de prístino resalto en nuestro país, que la brecha entre la existencia de normas formales y efectivo cumplimiento, es muy amplia.

A modo de integración entre el ámbito educativo y laboral, es dable enfatizar la posibilidad de acceder a la enseñanza general, debiendo ser una posibilidad concreta y con relación a una formación adecuada, de buena calidad y acorde con la capacidad que experimenta cada ser humano. Debe paliarse además la situación de desempleo, capacitando a cada PCD para el trabajo, pensando por ejemplo, en que las medidas que otorguen ventajas a las empresas que tomen a personas con discapacidad, efectivamente se cumplan. Es un error creer que la persona por tener una disminución en sus facultades no pueda desempeñarse laboralmente, es necesario medir la capacidad efectiva de la persona en cuestión para la asignación de tareas acordes.



## CONCLUSIÓN

En el presente TFG, se investigó sobre la discapacidad en nuestro sistema de salud. En el cual quedó demostrado que las personas con discapacidad, poseen los mismos derechos que sus conciudadanos. Sin embargo, en la actualidad constituyen un sector vulnerable en la sociedad al ser excluidos por la misma.

Como ya se ha mencionado en este trabajo, desde 1981 con la sanción de la ley 22.431 hasta la fecha, han cambiado muchas cuestiones en esta materia y aún quedan tantas otras por modificar. La discapacidad en nuestro país y en el mundo en general, constituye un problema que afecta en gran medida el gasto en la salud y el marco jurídico legal, el cual no logra actualizarse a la misma velocidad que la realidad social. Es por ello, que la mayoría de las veces las normas no se cumplen y los derechos no se respetan, lo que conlleva a las personas a reclamar mediante la acción de amparo, con la finalidad de hacer efectivos dichos derechos.

Mediante la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, se procura el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social alguna. Lo cierto es que en la práctica, ello se ve muy alejado de la realidad, no cumplimentando las obras sociales, las empresas de medicinas prepagas y el sistema público con las prestaciones obligatorias reguladas en el PMO.

Por otra parte, la incorporación en nuestro derecho de las convenciones internacionales, a las cuales he hecho referencia previamente, han significado un gran avance y un nuevo compromiso por parte del Estado argentino. Las herramientas brindadas son apropiadas y útiles y la obligación de asumir un rol activo es de suma importancia.

Es por ello, que el rol de Estado debe ser el de integrar a las PCD, mediante la equiparación de oportunidades (educacional, laboral y social), facilitando el pleno ejercicio de los derechos, modificando actitudes y conductas de la sociedad, mediante apercibimientos, a los fines de concientizar a las sociedad. Nosotros como sociedad toda debemos comprender, por ejemplo, que el dejar reservado el asiento para una persona con discapacidad en un medio de transporte público no significa haber realizado “la buena acción del día” sino simplemente cumplir con una obligación, cuya omisión se traduce en la violación de la ley y comprender que mi derecho termina cuando comienza el derecho de los demás.

## BIBLIOGRAFÍA

### DOCTRINA

- ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana (2002), “El sistema de salud en Argentina”, Buenos Aires, Documento de Trabajo N° 60, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.
- ACUÑA, Carlos y BULIT GOÑI, Luís -compiladores (2010) “Políticas sobre la discapacidad en Argentina, el desafío de hacer realidad los derechos” Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- AREN, Julio Alberto (2012). “Régimen Legal de las Obras Sociales. –Agentes del Seguro Nacional de Salud” (2da Edición) Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- BORDA, Guillermo (1996) “Manual de Derecho Civil – Parte General” (Edición 18ª). Buenos Aires, Argentina, Abeledo Perrot.
- BROGNA, Patricia (2006) “El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los Profesionales de la Rehabilitación”. Argentina, El Cisne [Versión Electrónica].
- BUERES, Alberto (1979) “Responsabilidad civil de los médicos” Buenos Aires, Argentina, Abaco.
- CARIGNANO, Florencia y PALACIOS Agustina, dirigido por Rosales Pablo Oscar (2012) “Discapacidad, Justicia y Estado: Acceso a la Justicia de Personas con Discapacidad” (1ª Edición). Buenos Aires, Argentina, Infojus.
- CARILLO, Arturo y CARILLO, Augusto (2005) “Ramón Carillo. El hombre. El médico. El Sanitarista”, Buenos Aires, edición del autor.

- CORIAT, S.A (2008) “Lo urbano y lo humano” (1 Edición) Buenos Aires, Argentina, Universidad de Palermo.
- CREMONA, Florencia. Dirigido por Rosales Pablo Oscar (2013) “Discapacidad, Justicia y Estado: Género, mujeres, niñas y niños con discapacidad (Arts. 4,6 y 7 CDPCD)” (1º Edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Infojus.
- DEL AGUILA, Luis Miguel. Dirigido por Rosales Pablo Oscar (2013) “Discapacidad, Justicia y Estado: Discriminación, estereotipos y toma de conciencia” (1ª Edición). Buenos Aires, Argentina, Infojus.
- FAINBLUM, A (2008) “Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis” (1 Edición) Buenos Aires, TEKNÉ.
- FERNANDEZ IGLESIA, J (2008) “La imagen social de las personas con discapacidad”. (1 edición) Madrid, Cinca.
- FURLONG, Guillermo (1970) “Los hospitales en la Argentina con anterioridad a 1850”. Actas del II Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina, Córdoba.
- MARTÍNEZ GARCÍA, Javier (1998) “Protágoras Georgias, Carta Séptima”. Madrid, España, Alianza.
- PALACIOS Agustina (2008) “El modelo Social de Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. (1ª Edición). Madrid, España, Ediciones Cinca.
- ROSALES, Pablo Oscar (2014) “Discapacidad, Justicia y Estado: barreras y propuestas” (1ª Edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Infojus.

- ROSALES, Pablo Oscar (2004) “La discapacidad en el sistema de salud argentino: obras sociales, prepagas y estado nacional. Ley 24.901 y normas complementarias” Buenos Aires, Lexis Nexis editores.
- YEDIN, Daniel (2012) “El derecho a la salud, 200 años de políticas sanitarias en Argentina” Buenos Aires, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
- ZORRILLA, Manuel (2011) “La Metodología en la Investigación Jurídica: Características Peculiares y Pautas Generales para Investigar en Derecho”

## **LEGISLACIÓN**

- Constitución de la Nación Argentina – Art. 16.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. (2000)
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006)
- Decreto 9/1993. Obras Sociales. Contratación de Servicios. Desregulación
- Decreto 756/1993. Obras Sociales. Sistema de Obras Sociales. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Reglamentación
- Ley de Automotores para Lisiados – N° 19.279.
- Ley que reglamenta las Concesiones de Pequeños Comercios – N° 24.308.
- Ley de Sistema de Protección Integral de los Discapacitados – N° 22.431.
- Modificación de la Ley N° 22.431 – Ley N° 25.504

- Ley del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad – N° 24.901
- Ley de Obras Sociales – N° 23.660
- Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud – N° 23.661
- Ley de Reproducción Medicamente Asistida – N° 26.862
- Ley de Enfermedad Celíaca – N°26.588

## **JURISPRUDENCIA**

- C.S.J.N “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina C/ Ministerio de Salud y Acción Social – Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas – Recurso de Hecho” Recuperado el 23/05/2015 de <http://www.csjn.gov.ar/jurisp/jsp/fallos.do?usecase=mostrarHjFallos&falloId=67008>
- S.C.B.A “P.C.I. y otro C/ Provincia de Buenos Aires. - Amparo. Recurso de inaplicabilidad de la Ley” Recuperado el 26/05/2015 de <http://www.revistarap.com.ar/Derecho/administrativo/discapitados/1ADM0072085336000.html>
- C.S.J.N. “Monteserin, Marcelino c/ Estado Nacional - Ministerio de Salud y Acción Social - Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas - Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad”
- Dossier: Discapacidad Selección de jurisprudencia y doctrina, ministerio de justicia y derechos humanos de la nación, INFOJUS sistema argentino de información jurídica. (2015)

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

<b>Autor-tesista</b> <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	FLORENCIA MARIEL FERNANDEZ
<b>DNI</b> <i>(del autor-tesista)</i>	34.641.934
<b>Título y subtítulo</b> <i>(completos de la Tesis)</i>	LA DISCAPACIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO
<b>Correo electrónico</b> <i>(del autor-tesista)</i>	Flormariel19@hotmail.com
<b>Unidad Académica</b> <i>(donde se presentó la obra)</i>	UNIVERSIDAD SIGLO 21
<b>Datos de edición:</b> <i>Lugar, editor, fecha e ISBN (para el caso de tesis ya publicadas), depósito en el Registro Nacional de Propiedad Intelectual y autorización de la Editorial (en el caso que corresponda).</i>	

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

<b>Texto completo de toda la Tesis</b> <i>(Marcar SI/NO)<sup>[1]</sup></i>	SI
<b>Publicación parcial</b> <i>(informar que capítulos se publicarán)</i>	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma autor-tesista**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración autor-tesista**

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica: \_\_\_\_\_ certifica que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

\_\_\_\_\_  
Firma Autoridad

\_\_\_\_\_  
Aclaración Autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado.

\_\_\_\_\_  
<sup>[1]</sup> Advertencia: Se informa al autor/tesista que es conveniente publicar en la Biblioteca Digital las obras intelectuales editadas e inscriptas en el INPI para asegurar la plena protección de sus derechos intelectuales (Ley 11.723) y propiedad industrial (Ley 22.362 y Dec. 6673/63. Se recomienda la NO publicación de aquellas tesis que desarrollan un invento patentable, modelo de utilidad y diseño industrial que no ha sido registrado en el INPI, a los fines de preservar la novedad de la creación.