

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA LA CARRERA DE ABOGACÍA

“PRESTACIONES DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

ALUMNO:

LUNA DANILO FABRICIO

LEGAJO:

VABG 29142

INDICE GENERAL

Contenido

Introducción	5
Descripción del problema de la investigación	5
Antecedentes	6
Objetivo General	7
Objetivos Específicos.....	7
Hipótesis	7
Desarrollo Teórico	8
CAPÍTULO I	9
Salud y Discapacidad en nuestra Constitución Nacional	9
1.0 .La salud.....	9
1.1. El derecho a la salud	10
1.2 .Los Tratados Internacionales	15
1.3 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. 9	15
1.4 Declaración Universal de Derechos Humanos. 12,.....	16
1.5 Convención Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica. 15,17	
1.6 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 19,	17
1.7Convención sobre los derechos del niño. 22,.....	19
1.8. La Constitución de la Provincia de SanLuis	21
CAPÍTULO II	23
Marco legal de la discapacidad	23
2.0Legislación Vigente	23

Marcando un esquema de apoyos designados que serían como un traje a medida adaptándose a las necesidades de cada individuo.....	25
2.1 Definición de Discapacidad	25
2.2. Alcance de la Ley.....	29
2.3. Legislación Provincial	30
CAPÍTULO III.....	32
Prestaciones a favor de las personas con discapacidad.....	32
3.0La cobertura de salud y discapacidad	32
3.1Sistema de Prestaciones Básicas	32
3.2 La misión del Sistema Único de Prestaciones Básicas de Atención.....	33
3.3 Prestaciones Básicas	33
3.4 Preventiva	33
3.5 De rehabilitación.....	34
3.6 Terapéuticas Educativas.....	35
3.7 Educativas.....	35
3.8 Asistenciales	35
3.9. Servicios Específicos	36
3.10 Estimulación Temprana	36
3.11 Educación Inicial	37
3.12 Educación General Básica	37
3.13 Formación Laboral.....	38
3.14 Los talleres de formación laboral y sus clasificaciones	39
3.15 Centro de día.....	41
3.16 Los principales objetivos del centro de día.....	41
3.17 El centro de día deberá disponer de los siguientes servicios y actividades.....	42
3.18 Centro Educativo Terapéutico (CET)	42
3.19 Centro de Rehabilitación Psicofísica	44
3.20 Rehabilitación Motora	44
3.22 Atención odontológica integral.....	46
3.23. Sistemas Alternativos al Grupo Familiar	47

3.24 Residencia.....	47
3.25 Pequeños Hogares.....	48
3.26 Hogares.....	49
3.27 .Prestaciones Complementarias.....	50
3.28 Cobertura económica.....	50
3.29 Internación domiciliaria.....	51
3.30 Apoyo para acceder a las distintas prestaciones.....	52
3.31 Iniciación laboral.....	53
3.32 Atención Psiquiátrica.....	53
3.33 Medicamentos no producidos en el país.....	54
3.34 Transporte Especial.....	54
3.35 Registro de Prestadores del Sistema de Obras Sociales Nacionales.....	58
CAPÍTULO IV.....	60
Sujetos obligados a brindar las prestaciones.....	60
4.0 Sujetos Obligados.....	60
4.1 Obras Sociales.....	61
4.2 Empresas de Medicina Prepaga.....	61
4.3 Obras Sociales locales.....	67
4.4 El Estado Nacional.....	68
Financiamiento de las prestaciones.....	75
5.0 Administración de Programas Especiales (APE).....	75
5.2 Requisitos para acceder al financiamiento de la APE.....	78
5.3 Modificaciones introducidas por la resolución 6080/2003 APE.....	80
5.4 Aranceles Vigentes.....	88
5.5 La ley de Cheques.....	91
5.6 Propuestas.....	101
6.0 Propuesta de Planilla para completar.....	106
Bibliografía General.....	113
Normativa de Consulta.....	114
REFLEXION.....	133

Introducción

Descripción del problema de la investigación

La ley 24.901 instituye un “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”, contemplando todas las coberturas que deben ser brindadas a dichas personas conforme sus necesidades y requerimientos.

Los interrogantes que se plantean a partir de esta legislación: ¿son actualizadas, abarcativas y suficientes Las diferentes prestaciones contempladas? tienen real acceso las personas beneficiarias a ellas?. ¿las provincias, las obras sociales y prepagas garantizan este mismo acceso que se pretende en la legislación nacional ya mencionada?

En la búsqueda de acercarnos a una respuesta de estos interrogantes planteados Se tratará de desarrollar en forma concreta y precisa el marco normativo esencial acerca de la discapacidad en el sistema de salud argentino.

Trataremos de determinar cuáles son aquellas prestaciones a las que tendrán acceso las personas con discapacidad, con el fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, investigaremos los requisitos que deben reunir para tener acceso a dichas prestaciones.

Centraremos la atención en el análisis de los sujetos obligados a ofrecer todas las coberturas contempladas en la legislación. Afirmaremos a lo largo del trabajo la obligatoriedad que compete a los agentes de salud de brindar cada una de las prestaciones establecidas en la ley 24.901 y concordantes. probaremos que las mismas obligaciones fueron extendidas a las Empresas de Medicina Prepaga. Posteriormente trataremos de establecer cómo serán financiadas todas las prestaciones que deben ser brindadas a favor de las personas con DISCAPACIDAD.

Finalizaremos el trabajo con nuestras conclusiones, donde intentaremos determinar cuáles son las virtudes y falencias del Sistema de Salud argentino, respecto de este grupo de personas que, por su situación, requieren de mayor protección

Description of research problem

Law 24,901 establishes a "System of Basic Benefits in Habilitation and Comprehensive Rehabilitation for Persons with Disabilities", contemplating all coverages to be brindadas such persons as your needs and requirements.

The questions raised starting this legislation: are updated, encompassing and sufficient benefits referred Different? beneficiaries have real access to these people ?. Are provinces, social work and prepaid guarantee the same access as intended in the national legislation already mentioned?

In seeking closer to an answer of these questions raised will be sought to develop concretely and precisely the essential regulatory framework on disability in the Argentine health system.

We try to determine what those benefits and have access to people with disabilities, in order to improve their quality of life are. Also we investigate the requirements to be met to access those benefits.

We will focus on the analysis required to provide all the coverage provided by legislation subjects. We affirm work over the obligation that concerns health workers to provide each of the benefits provided by law and consistent 24,901. Also we prove that the same obligations were extended to prepaid medicine companies. Then we try to establish how they will be financed all benefits to be brindadas for people coñ
DISABILITY.

Finish the work with our findings, we attempt to identify the strengths and weaknesses of the Argentine Health System, for this group of people who, by their situation, require greater protection

Antecedentes

¹Antes de la sanción de esta ley existía en nuestro ordenamiento jurídico una gran dispersión legislativa e insuficiencias en el marco normativo específico sobre las prestaciones de salud para personas con discapacidad, contribuyendo a un estado de indefensión y vulnerabilidad social de esta población.

¹ Elaboración propia del autor.

Objetivo General

Se pretende identificar de la forma más específica posible las personas beneficiarias del sistema de prestaciones básicas de salud y educación en esta norma y concordantes, asimismo, dilucidar que tipo de prestaciones contempla.

Informar y concientizar el libre acceso y efectivo goce de estos beneficios...

Objetivos Específicos

- Realizar una reseña de nuestro sistema normativo a los efectos de establecer concepciones y cambios referidos a la temática a abordar.
- Exponer con precisión el marco normativo acerca de la discapacidad en el sistema normativo argentino.
- Determinar cuáles son las prestaciones a las que tienen acceso las personas con discapacidad, cuales son los requisitos para acceder a ellas, quienes son los sujetos obligados a ofrecer todas las coberturas contempladas en la legislación.
- Establecer como son financiadas las prestaciones.
- Determinar cuáles son las virtudes y falencias del sistema de salud argentino respecto de este grupo de personas.

Hipótesis

Nuestra sociedad transita un camino en donde la diversidad sea la base del aprendizaje continuo, tomando este elemento como precedente podemos afirmar que la ley 24.901 sus concordantes y complementarias, hacen posible no tan solo el derecho a la accesibilidad o a la inclusión laboral, educativa y cultural entre otras. Sino que viene a contribuir a la consolidación del nuevo paradigma cuya base es el auto valimiento y la independencia de las personas con discapacidad.

Desarrollo Teórico

Las personas con discapacidad, niños o adultos y sus familias tienen muchas necesidades que en la gran mayoría de los casos exceden el límite de sus propias posibilidades (cobertura médica, tratamientos rehabilitatorios, educación especial, etc.).

Hay muchísimas normas (leyes, decretos, resoluciones) que por lo general abarcan grandes aspectos de la problemática de la discapacidad, pero es imposible defender o reclamar un derecho si no sabemos que existe. Este trabajo trata de acercar de forma ordenada toda esta información respondiendo al principio de publicidad del derecho ,en este sentido se espera que el lector o los lectores posean una herramienta válida para acercarse al pleno uso y goce de los derechos reconocidos tanto en la constitución como en las leyes nacionales y provinciales , nuestro sistema jurídico normativo tanto en salud en general y en coberturas de salud para personas con discapacidad en particular , es un modelo a seguir en el derecho comparado ,pues en él se plasma un amplio reconocimiento de derechos . Por otra parte se encuentra detallada en el presente trabajo la adhesión de las distintas provincias a la ley 24.901 y en particular de la provincia de san Luis.

Se exponen también a modo de conclusión las falencias, los vacíos legales como materia pendiente a los efectos de quienes deseen desarrollar propuestas, trabajos doctrinarios o todas aquellas vías tendientes a mejorar cada vez más la calidad de vida e integración social de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO I

Salud y Discapacidad en nuestra Constitución Nacional

1.0 .La salud

Es un bien jurídico público cuyo reconocimiento es muy antiguo en el Derecho argentino. Desde los orígenes del Estado, éste ha tenido por objeto el desarrollo de políticas en materia de salud. Surge así la denominada “salud pública” como bien jurídico protegido, cuyo contenido abarca dos aspectos centrales: la salud de la población, que constituye un bien que el Estado debe perseguir protegiéndola de todas las maneras posibles, y las prestaciones de salud, que son todas las acciones que el Estado encara para el cuidado específico del bien, y que las obras sociales o empresas de medicina prepaga han decidido tomar como contrapartida del pago mensual de una cuota nada insuficiente, y que en muchos casos se ve conculcado por la omisión de dichos agentes de salud en prestar la asistencia que corresponde.

El derecho a la salud es “el derecho social de la población de acceder, en igualdad de condiciones, a servicios médicos suficientes para una adecuada protección y preservación de la salud”. En éste contexto debemos tener presente que en materia social y sanitaria debe primar la justicia distributiva y el goce de la plena efectividad de las prestaciones, en la medida de los recursos disponibles del Estado y conforme a nuestra legislación.

La justicia distributiva en el área de salud aparece ligada a la atribución y/o distribución de recursos, y si bien establece que debe darse a cada uno lo suyo, cuando la distribución de recursos corresponde al Estado, debe hacerse “priorizando aquellos que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad o con mayores necesidades”. Las personas con necesidades especiales, al igual que otros grupos poblacionales, merecen una protección especial. Así como a los niños, las mujeres o los ancianos se les dedica apartados especiales dentro de los ordenamientos positivos, el discapacitado también comparte, desde fines del siglo pasado, éste privilegio. Las personas con discapacidad tienen

muchas necesidades que, en la mayoría de los casos, exceden el límite de sus propias posibilidades (cobertura médica, tratamientos rehabilitatorios, transporte, educación especial, etc.). La legislación vigente en nuestro país es muy variada y toma en cuenta éstas necesidades y muchas más, y además determina quién y cómo tiene la obligación de proveerlas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al derecho a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad”. Por lo tanto involucra la promoción, la prevención, la rehabilitación, la atención primaria de la salud y la asistencia, cuya atención compete a la medicina como ciencia que procura la recuperación o el mantenimiento de la salud individual y colectiva de los hombres.

Si bien éste derecho no puede concebirse como el mantenimiento a toda costa del estado referido por la O.M.S., ya que ninguna norma jurídica puede torcer el rumbo del acontecer natural, es imprescindible tener en cuenta que la “calidad de vida” es uno de sus elementos esenciales.

1.1. El derecho a la salud

En el derecho argentino a partir de la reforma de 1994 Desde la sanción de nuestra Constitución Nacional en 1853, se han consagrado derechos esenciales, inalienables, personalísimos, entre los que se encuentran el derecho a la educación, a la igualdad ante la ley, entre otros. Con la reforma de nuestra Constitución en el año 1994, se han incorporado nuevos artículos que mencionan o explicitan nuevos derechos y garantías que ya existían, pero el constituyente consideró necesario mencionar expresamente.

El art. 33. de la Constitución Nacional.¹ establece la existencia de derechos implícitos: aquellos que, pese a no estar consagrados expresamente, se encuentran tácitamente reconocidos, sobreentendidos o que se infieren del resto.

Es decir que, aun cuando un derecho no se encuentre expresamente enunciado nuestra Carta Magna, ello no implica suponer que no se encuentre protegido, y que cualquier

persona, sea pública o privada, pueda vulnerarlo. Por lo tanto los “no escritos” deben considerarse un desprendimiento de otros que sí lo están.

La Dra. Laura Subies en su obra “El derecho y la discapacidad”, nos pone como ejemplo de esto último el Derecho a la Vida. No encontramos dentro de ningún artículo de la Constitución la contemplación expresa de éste derecho, y sin embargo: ¿alguien podría dudar que se encuentra protegido? Desde el más lógico de los sentidos, podríamos argumentar que si éste no se encontrase contemplado, de nada serviría proteger el resto, puesto que todos y cada uno de los demás dependen de la existencia del primero².

Nuestra Constitución Nacional del año 1.853, en su redacción original, no contemplaba a la salud como un derecho, pero teníamos la cláusula de los derechos implícitos, por tanto se desprendía de otros sí reconocidos expresamente.

La salud es un derecho “individual”, de cada persona, pero con la reforma del año 1.994 y la incorporación de nuevos artículos, se ha modificado la concepción de este derecho.

Así, el nuevo Artículo 42. 3 dispone la protección de la salud, aunque en el contexto particular de la “relación de consumo”, estableciendo que los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en relación al consumo, a la “protección de la salud”. O sea que ahora aparece el derecho a la salud entre los derechos de los consumidores y usuarios, que sigue siendo un derecho individual porque es de cada persona en su calidad de consumidor y de usuario, pero grupalmente nos permite aproximarlos a la categoría de los derechos colectivos.

Si tomamos como ejemplo el Artículo 41 C.N.⁴, en él no encontramos expresamente mencionada la salud, pero nadie dudaría que en él aparece este derecho en relación con el ambiente que debe ser sano y equilibrado, apto para el desarrollo humano.

Entonces nos encontramos con que es un derecho individual, de cada persona, pero también de incidencia colectiva. Asimismo, en ambos casos, es uno de los derechos

humanos fundamentales, y así lo han considerado los instrumentos internacionales que conforme el artículo 75 tiene jerarquía constitucional (inciso 22), o superior a las leyes.

Estos bienes colectivos aparecen tutelados en nuestra Constitución Nacional desde 1994. Y también antes, desde 1853, si al “Bienestar General” del Preámbulo le reconocemos la calidad de bien colectivo: bienestar de todos, o sea “bienestar colectivo”.

La salud como bien colectivo, es decir, la denominada “salud pública”, que es un bien jurídico con tutela penal en el respectivo código en numerosos casos sufre amenazas y daños desde lo colectivo o público, pero también con consecuencias dañinas para la salud individual⁵.

Podríamos citar innumerables ejemplos de tales daños: arrojar basura al río, infectar la atmósfera con gases tóxicos, etc. Es atentar contra el ambiente sano y, consecuentemente, contra la salud colectiva, que repercute en la de cada persona. O expendir agua contaminada, alimentos en mal estado, es vulnerar la salud que, como derecho individual y de incidencia colectiva, es uno de los bienes que deben protegerse en el mercado de consumo y uso de bienes y servicios. Esto quiere decir que el derecho a la salud ha ido variando en su contenido en la primer etapa del constitucionalismo argentino, (Constitucionalismo Clásico) era entendido como un derecho individual, de todos los habitantes (no enumerado o implícito), y el Sujeto Pasivo es el Estado que asume un deber negativo, es decir, su obligación quedaba limitada al deber de abstenerse de dañar y violar la salud de los habitantes.

A partir del S. XX, con la generación de los derechos económicos, sociales y culturales, que surgen como consecuencia de la necesidad de garantizar una efectiva igualdad de oportunidades, equilibrando desigualdades, se requería que el Estado intervenga activamente para proteger las minorías más vulnerables – trabajadores, ancianos, niños, discapacitados, mujeres-y de esa manera garantizar la “igualdad real”. Entonces a la abstención de daño se suma el deber de dar y de hacer cuantas prestaciones surjan de medidas y políticas de acción positiva.

Sin embargo, ésta no es una tarea sencilla, ya que es más fácil impedirle al Estado vulnerar un derecho –como ocurre con los derechos civiles y políticos, donde el Estado tiene primordialmente una obligación de abstenerse, de no hacer- que obligarlo a intervenir activamente en defensa de un derecho –como ocurre con los derechos económicos, sociales y culturales, cuya efectividad requiere principalmente prestaciones positivas del Estado, de dar o de hacer-.

Así, el artículo 75 inciso 23. 6, a partir de 1.994, establece la obligación del Estado de utilizar las llamadas “Acciones Positivas”, que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, además de las mujeres, los niños y los ancianos -aunque se sostiene que la enumeración no es taxativa, pudiéndose entonces agregar otras personas que se consideren desfavorecidas-. Cabe destacar que el artículo 75 inc. 23 hace referencia expresamente a la “igualdad real”, no a la igualdad ante la ley mencionada en el artículo 16 de la Constitución Nacional. 7, dado que las personas contempladas por la norma se encuentran en situación de desamparo y desventaja. Entonces, será obligación del estado realizar acciones o tomar medidas de protección, aseguramiento y promoción de derechos, a fin de minimizar el mayor grado posible esa situación de desigualdad y desprotección en que se encuentran las personas que adolecen algún tipo de discapacidad.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido que “El Estado Nacional debe garantizar el derecho a la preservación de la salud mediante acciones positivas –en el caso, rehabilitación de un niño sin cobertura médica que sufre parálisis cerebral-, sin perjuicio de las obligaciones inherentes a las jurisdicciones locales, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga” (Monteserin, Marcelino c/Estado Nacional – Ministerio de Salud y Acción Social s/Recurso de Hecho , sentencia de fecha 16/10/200 LL, 2001 F, 505). La Corte determina que el Estado Nacional siempre está obligado a garantizar el derecho a la salud, principalmente cuando los demás actores del sistema no pueden afrontarlos y en consonancia con la reforma de 1994 de la Constitución

Nacional, establece que la forma de hacerlo es a través de “Acciones Positivas”, imponiendo al Estado Nacional un rol activo, y no de un mero espectador.

Por lo tanto la “salud pública”, en su contenido, abarca dos aspectos centrales: el derecho a la salud de la población, que constituye un bien que el Estado debe proteger de todas las maneras posibles, el cual es un derecho “negativo”, en el sentido de que impide que alguien pueda avasallarlo, y está integrado por algunas obligaciones tendientes a evitar que la salud sea dañada por la conducta de terceros -ya sea el Estado u otros particulares-. La violación de ese derecho a la salud da lugar a la tutela en principio preventiva y en su caso, de ser necesaria, resarcitoria.

Por otra parte comprende el derecho a la prestación de salud que, a diferencia del anterior, es una pretensión de índole “positiva”, contra quien se encuentre obligado a prestarla, y está integrado por otras obligaciones tendientes a asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la salud.

También ha sido modificado el sujeto obligado a satisfacer este derecho. Ya no es únicamente el Estado el sujeto pasivo, porque hay muchos otros (por ejemplo las obras sociales, las entidades de medicina prepaga, empleadores, etc.)

Surge así la obligación de los agentes de salud de darles servicios a todos los afiliados. Los agentes de salud no están obligados a “curar” o a “lograr la salud”, pero sí a dar las prestaciones básicas obligatorias, las que deben ser adecuadas a cada caso, teniendo en cuenta el tipo de patología y/o el grado de discapacidad de cada afiliado, tendiendo a lograr el mayor grado de desarrollo posible.

En la evolución de nuestro sistema jurídico encontramos derechos nuevos y contenidos nuevos en viejos derechos. Al derecho a la salud, enumerado en la norma específica del artículo 42 e implícito en el resto, la dinámica constitucional le ha ido incorporando contenidos nuevos, con lo que si bien es un derecho viejo –implícito desde 1853- ya no es viable seguir imaginando que, para satisfacerlo, basta con que no se le infiera daño, porque hoy a la abstención de daño se suma el deber cuantas prestaciones (de dar y de

hacer) surjan de medidas y políticas de acción positiva, y no únicamente a cargo del Estado como sujeto pasivo, porque hay muchos otros.

1.2 .Los Tratados Internacionales

La Constitución Nacional constituye en nuestro sistema positivo, la máxima autoridad normativa, y a partir de la reforma del año 1994, se les ha otorgado jerarquía constitucional a 10 de los tratados sobre derechos humanos.

Asimismo se le ha conferido jerarquía superior a las leyes a los Tratados celebrados por nuestro país con otros Estados u Organismos Internacionales, donde encontramos, entre ellos, algunos que se ocupan específicamente de la protección de las personas con discapacidad y de evitar la consecuente discriminación que resulte.

Dentro de su nueva redacción se encuentra el art. 75, el cual enumera las atribuciones otorgadas al Congreso de la Nación, y en su inciso 22. 8 establece como facultad privativa de la Legislatura de la Nación el aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales, a los que confiere “jerarquía superior a las leyes”. Además, en el mismo inciso, incorpora, con jerarquía constitucional”, diez de estos tratados, los llamados tratados sobre derechos humanos, debiendo entenderse los como “complementarios de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional”.

De estos diez tratados internacionales algunos dentro de su articulado garantizan el derecho a la preservación de la salud y revisten interés para la comunidad discapacitada, y ellos son:

1.3 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. 9

El Estado al constitucionalizar este instrumento internacional se obligaba frente a sus ciudadanos a brindarles el acceso efectivo a un sistema sanitario, con miras a la protección del derecho a la salud de cada persona.

El artículo XI. 10, dispone que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la asistencia médica, la alimentación, el vestido y la vivienda.

Asimismo, el art. XVI. 11, garantiza el derecho a la seguridad social, haciendo hincapié en la protección de aquellas personas que, debido a su discapacidad, se encuentren física o mentalmente impedidas de obtener los medios de subsistencia.

1.4 Declaración Universal de Derechos Humanos. 12,

De manera similar al Tratado Internacional anteriormente comentado, el Estado a través de esta Convención se compromete a garantizar la salud de sus ciudadanos.

El artículo 22. 13, determina que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para su dignidad y para libre desarrollo de su personalidad.

Además, conforme el artículo 25. 14, de este instrumento internacional, el Estado se obliga a brindar a todos sus habitantes un nivel de vida adecuado, que les asegure la salud y el bienestar. Asimismo se obliga a garantizar una asistencia médica y los servicios médicos adecuados.

Cabe destacar que tanto esta última Declaración como los demás instrumentos internacionales que a partir de la reforma constitucional de 1994 han sido incorporados a nuestro ordenamiento jurídico y que han constitucionalizado el derecho a la salud, no obligan al Estado a hacerse cargo de toda la cobertura, sino que basta para cumplir la obligación que toda persona pueda acceder a servicios de salud. En efecto, el nivel de cobertura queda librado a la determinación política y a la discrecionalidad de cada Estado para la formulación y ejecución de sus políticas públicas en la materia. Es decir, los referidos Tratados Internacionales fijan los objetivos en materia de salud que deben ser alcanzados por los Estados, mientras que cada Estado tiene discrecionalidad en la selección de los medios con los cuales cumplirá esas metas.

1.5 Convención Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica. 15,

En esta última Convención, conforme el artículo 1. 16, los Estados Parte se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio.

En virtud de lo dispuesto por el artículo 2. 17, si esos derechos no estuvieran ya garantizados por disposiciones legislativas, los Estados parte se comprometen a adoptar las medidas legislativas o de otro carácter que sean necesarias para hacer efectivos esos derechos y libertades.

Entre los derechos consagrados, en el art. 5. 15, se encuentra el “derecho a la integridad física, psíquica y moral”. Y en éste sentido, el derecho a la salud está íntimamente vinculado con los derechos personalísimos a la vida y a la salud corporal.

La vida debe ser conservada y para ello es necesario estar sano, gozar de plena salud física y mental. A mayor salud, mayor calidad de vida.

La vida es un bien supremo de la persona, debe vivirse en plenitud y para ello es necesario tener salud, lo que permite el pleno desarrollo de la personalidad.

Corresponde al Estado procurar que ello se cumpla .

1.6 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 19,

Mediante este Pacto, según lo establecido por el artículo 2. 20, los Estados Parte han asumido la obligación internacional de adoptar medidas “hasta un máximo de los recursos” de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Tratado, y sin discriminación de ningún tipo.

El artículo 12. 21, reconoce el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y los países que han adherido asumen el deber de procurar la satisfacción de este derecho a sus ciudadanos.

Entre las medidas que el Estado se ha obligado a adoptar se encuentran aquellas tendientes a la prevención y tratamiento de enfermedades, y a la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, en virtud de lo dispuesto por estos últimos Tratados Internacionales, ha responsabilizado al Estado de la preservación del derecho a la salud. Entre sus fundamentos se destacan: “a partir de lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Ley Suprema), ha reafirmado en recientes pronunciamientos el derecho a la preservación de la salud – comprendido dentro del derecho a la vida- y ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga” (Fallos: 321:1684 y causa A.186 XXXIV "Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986" del 1º de junio de 2000). ...Que los aludidos pactos internacionales contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud de los niños, según surge del art. VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del art. 25, inc. 2, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de los arts. 4º, inc. 1 y 19º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica-, del art. 24, inc. 1º, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del art. 10, inc. 3º, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, vinculados con la asistencia y cuidados especiales que se les deben asegurar. ...Que ese último tratado reconoce, asimismo, el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los estados partes de procurar su satisfacción. Entre las medidas que deben ser adoptadas a fin de garantizar ese derecho se halla la de desarrollar un plan de acción para reducir la mortalidad infantil, lograr el sano desarrollo de los niños y facilitarles ayuda y servicios médicos en caso de enfermedad (art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). ...Que los estados partes se han obligado "hasta el máximo de los recursos"

de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en dicho tratado (art. 2º, inc. 1)...” (Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas. s/Amparo C. 823.XXXV).

1.7 Convención sobre los derechos del niño. 22,

Mediante esta Convención el Estado asume el deber de garantizar a los menores físicos o mentalmente impedidos el disfrute de una vida plena, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación del niño en la comunidad, según lo establece el artículo 23. 23, La finalidad es que el niño impedido pueda alcanzar el más alto nivel posible de independencia y su integración social, y si ello no fuera posible debido a su patología, el objetivo será mejorar su calidad de vida.

Asimismo, se les garantiza el acceso efectivo a los servicios sanitarios y de rehabilitación.

La asistencia que se les brinde deberá ser gratuita siempre que sea posible, y para ello se debe tener en cuenta la legislación nacional, los recursos y situación de cada niño y de las personas responsables de su mantenimiento.

Los Estados parte se comprometen a promover el intercambio de información y a difundir la información relativa a la prevención, tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños discapacitados, con la finalidad de que los Estados parte puedan ampliar su capacidad y conocimiento y ampliar su experiencia en éstas áreas, teniendo en cuenta especialmente las necesidades de los países en desarrollo.

En esta Convención, los Estados reconocen en el artículo 24. 24, el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y el derecho a acceder a servicio para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud, y se comprometen a asegurar que ningún niño sea privado de estos servicios.

El artículo 27. 25, le garantiza a todo niño un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Los principales responsables serán los padres y

personas encargadas del niño, dentro de sus posibilidades y medios económicos. Al Estado le incumbe el deber de adoptar medidas para ayudar a los padres y a otras personas responsables del niño a dar efectividad a éste derecho y a brindar, en caso necesario, asistencia material y programas de apoyo.

Asimismo, los Estados partes reconocen en el artículo 29 que la educación del niño debe estar encaminada, entre otras cosas a “desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades...”.

Es de destacar que esta Convención establece como objetivo primordial el desarrollo de los niños con discapacidad con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, y para ello le asegura un acceso efectivo a la educación, capacitación, servicios sanitarios, servicios de rehabilitación, preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento. Reconoce por un lado la necesidad de asistencia y cuidados especiales, al mismo tiempo que garantiza su derecho a rehabilitarse con el objeto de llegar a bastarse a sí mismo, integrarse activamente en la comunidad y disfrutar de una vida plena, en la máxima medida posible.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha tenido oportunidad de hacer valer los derechos consagrados en esta última Convención, y sostuvo que “el Estado nacional debe promover y facilitar el acceso efectivo a los servicios médicos y de rehabilitación que requieren los niños con impedimentos físicos o mentales –en el caso un menor sin cobertura médica con parálisis cerebral-, por aplicación de los arts. 23, 24 y 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución Nacional por la reforma de 1994 en su art. 75 inc. 22” (Monteserin, Marcelino c/Estado Nacional – Ministerio de Salud y Acción Social s/Amparo, sentencia de fecha 16/10/2000 LL, 2001 – F, 505).

En virtud de lo dispuesto por el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, el derecho a la salud tiene un reconocimiento expreso y posee jerarquía constitucional. Además el Estado Nacional ya no resulta responsable exclusivamente ante sus ciudadanos, sino que

responde ante el plano internacional, y es el encargado de velar por el fiel cumplimiento de los derechos constitucionales que amparan la vida y la salud.

Sin embargo no debemos olvidar que estos instrumentos internacionales fijan los objetivos en materia de salud que deben ser alcanzados por el Estado, pero cada uno de ellos establecerá discrecionalmente los medios con los cuales serán alcanzados esos objetivos.

1.8. La Constitución de la Provincia de SanLuis

La Constitución de la Provincia de San Luis, del año 1980, establece la igualdad ante la ley de todos los habitantes de la Provincia y, además, determina que incumbe al Estado remover todos los obstáculos para que esta igualdad permita el libre desarrollo de las personas y su efectiva participación en la vida social de la comunidad.

En lo pertinente a las políticas de salud, la Constitución considera a ésta como un derecho fundamental de los individuos y en tal sentido establece que la Provincia debe tutelarlos y crear la organización técnica necesaria para la promoción, prevención y reparación de la salud de los habitantes.

También la Constitución determina que el Estado, respecto de los cuidados médicos, debe crear las condiciones necesarias para asegurar el bienestar de sus habitantes y establece que si una persona estuviese impedida de trabajar y se encontrase con carencias de recursos tiene derecho a que le sean provistos los medios adecuados a sus exigencias de vida. nuestra Constitución reconoce expresamente el derecho a la salud, y hace un apartado especial a la protección de las personas con discapacidad.

“Artículo 52

Los poderes públicos brindan a los discapacitados físicos, sensoriales y/o psíquicos la asistencia apropiada, con especial énfasis en la terapia rehabilitadora y en la educación especializada.

Se los ampara para el disfrute de los derechos que les corresponden como miembros plenos de la comunidad.

De la vivienda

Artículo 53

Los poderes públicos facilitan el acceso de los sectores de menores ingresos a una vivienda digna.

Seguridad Social Artículo 54

La seguridad social cubre las necesidades esenciales de las personas frente a las contingencias limitativas en su vida individual o social. El Estado fiscaliza el efectivo cumplimiento de las normas relativas a la seguridad social y, estimula los sistemas e instituciones creados por la comunidad, con el fin de superar sus carencias.”

La discapacidad ingresa a los textos constitucionales provinciales con diferentes terminologías y concepciones, y esto se debe a que las diferentes redacciones han ocurrido en diferente marco temporal.

Reconocen la necesidad de la protección integral de la persona con discapacidad las constituciones de las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba,

Formosa, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, San Luís, Río Negro, Tucumán y

San Juan. No obstante en este marco en nuestra provincia deberá tenerse en cuenta a los fines de su incorporación en una futura reforma la protección absoluta e integral hacia las personas con discapacidad a la luz de la ley número 26378 (convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad), como lo han hecho los textos constitucionales provinciales más modernos.

CAPÍTULO II

Marco legal de la discapacidad

2.0 Legislación Vigente

Teníamos en nuestro ordenamiento jurídico algunas leyes y decretos a nivel nacional y provincial que intentaban ir paleando algunos de los problemas que la persona con discapacidad sufre diariamente. Pero la problemática de la discapacidad debe ser encarada en un aspecto amplio, y no podemos limitarnos a un solo plano de la persona.

El primer intento que pretende encarar en forma integral la problemática del discapacitado es la ley 22431. 26, “De protección Integral para los Discapacitados” que fue creada en el año 1981 (en que la Asamblea General de las Naciones Unidas lo declaró en 1981 el “Año Internacional del Impedido”), que acoge la definición legal de persona con discapacidad, y regula aspectos relativos a la salud, educación, trabajo, seguridad social y accesibilidad. Esta ley presenta las normas generales que el Estado debe asumir como obligaciones en materia de discapacidad.

Luego del dictado de esta normativa las provincias han ido dictando – siguiendo las pautas de la Ley Nacional- las distintas leyes provinciales. En este contexto, en la provincia de San Luis se dicta en el año 2005 la ley 6773 “Sistema de

Protección Integral de las Personas Discapacitadas”. 27.

En 1997, 16 años más tarde, se dicta en nuestro país la ley 24.901

”Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”. 28, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, “...con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos”. Esta normativa incluye aspectos que hasta el momento la

ley no contemplaba en materia de discapacidad. Mientras que hasta entonces la legislación preveía un sistema de protección, donde expresaba una política de asistencia y protección para los discapacitados, con la incorporación de los términos rehabilitación y habilitación –que pasan a constituirse en eje de la norma- se introduce una importante diferencia con normativas anteriores.

En efecto, rehabilitación parecería referir a una especie de estado anterior a la discapacidad, como si la condición de discapacitado se obtuviera sólo por accidente. Con la incorporación de habilitación, en cambio, se estaría especificando una condición que puede ser innata y que requiere una relación especial del individuo con las distintas áreas de su vida social, no sólo con los límites del consultorio médico.

Entonces, contamos en nuestro país con tres leyes que forman el principal marco normativo de la discapacidad. La primera de ellas es la ley 22.431, publicada en el Boletín Oficial el 16 de Marzo de 1981 y reglamentada por el decreto

498/83. 29; la segunda es la ley 24.901, que no deroga las disposiciones de la anterior, sino que al contrario, las complementa y amplía; fue publicada el día 17 de Diciembre del año 1997, es decir, 16 años después y reglamentada por el decreto 1183/98. 30.

Por último la convención de los derechos de las personas con discapacidad se incorpora a nuestro ordenamiento jurídico a través de la ley número 26378 sancionada el 21 de mayo del año 2008, con su promulgación mediante decreto 895/2008.

Asimismo, el nuevo código civil y comercial que entró en vigencia el 1º de agosto de 2015 toma un paradigma que se venía sosteniendo y que hace referencia a la autonomía de las personas con discapacidad como eje y a la protección solo en carácter subsidiario mencionando que para que haya protección deberá considerarse la innecesidad, proporcionalidad, flexibilidad, excepcionalidad en la sustitución de la voluntad

Marcando un esquema de apoyos designados que serían como un traje a medida adaptándose a las necesidades de cada individuo.

2.1 Definición de Discapacidad

Para introducirnos en el análisis de la normativa en materia de discapacidad, y específicamente en el área de la salud, primero es necesario darle una definición a la palabra “Discapacidad”. Fueron muchas las palabras utilizadas para definir esta problemática: discapacidad, incapacidad, deficiencia, minusvalidez, invalidez, etc., hasta que en la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU del año 1987 se determinó la palabra “Discapacidad” para definir a éste grupo de personas que por distintos factores, ya sea genéticos o adquiridos, posean una capacidad distinta.

Como la palabra lo indica con el prefijo “DIS”, nos permite advertir que la persona no es un ser inferior ni superior, simplemente que debido a infinitas causas, poseen una capacidad distinta o diferente a lo que comúnmente conocemos.

Desde este punto de vista, de alguna forma, todos somos y/o seremos en forma transitoria o permanente discapacitados en el transcurso de nuestra vida. Un ejemplo muy claro de esto último es el de un niño de 2 o 3 años frente a una puerta y su imposibilidad de poder abrirla debido a que por su altura no alcanza a girar el picaporte de la misma.

En la “Convención Interamericana para la eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”. 31, los estados partes entienden por Discapacidad: “cualquier deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”

La Ley Nacional 22.431 “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados”, la define en su artículo 2º, y reza “...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 y laboral”.

Por su parte, ley 24.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y rehabilitación Integral a favor de las personas con discapacidad”, en su artículo 9º dice: “Entiéndase por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

Si comparamos las definiciones de ambas normativas, vemos que en la segunda de ellas, ley 24.901, se amplían las disfuncionalidades al sustituir “física o mental” por “motora, sensorial o mental”, quedando así comprendidas todas las discapacidades.

Tanto la Convención como las dos referidas leyes nacionales al definir “discapacidad” centran la atención en la funcionalidad y la relación con el entorno de la persona con discapacidad, es decir, en su relación con el medio. La Dra. Ester Adriana Labatón al respecto sostiene que “debemos considerar que la discapacidad no es una característica de ciertas personas, sino la consecuencia de una relación entre el mundo circundante y la persona, ya que por lesión o enfermedad u cualquier otra causa, una persona tropieza con una dificultad superior a lo normal para desarrollarse en la vida” y la define como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”³².

2.1. Población alcanzada por la ley

No alcanza con que una persona reconozca por sí misma las características objetivas que la definen como discapacitada, o que la certifique su médico tratante, sino que para acceder a la protección establecida por ley debe someterse a una certificación que la misma establece.

El art. 10 de la ley 24901 dispone que la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el art. 3° de la ley 22431. 34, y por las leyes provinciales análogas. La forma es mediante un “Certificado de Discapacidad”. El Ministerio de Salud y Acción Social (antes era la Secretaría de Estado de Salud Pública) será el encargado de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad. El certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación del beneficiario por un equipo interdisciplinario constituido a tal fin, y deberá incluir la siguiente información:

- a) un diagnóstico funcional;
- b) orientación prestacional, la que se incorporará a un Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Una vez otorgado, éste certificado tiene una vigencia limitada en el tiempo y luego debe ser renovado.

Su obtención es sumamente importante, ya que el art. 10 de la ley 24.901 establece que “A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse...”, es decir que sólo se podrá acceder a las prestaciones que se detallan en la misma si la persona discapacitada posee dicho certificado.

A los fines de otorgar el certificado, el Ministerio de Salud conformará una Junta Médica integrada por profesionales especializados que evaluarán a las personas con discapacidad. Esta Junta, a través de una Secretaría recibirá todas las solicitudes, las cuales deberán ser acompañadas de todos los antecedentes tanto familiares, médicos, educacionales y, si correspondiere, también laborales. Dicha Junta podrá disponer, de considerarlo necesario, la realización de exámenes y evaluaciones.

El certificado de discapacidad emitido contendrá datos que especifiquen en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como también las

posibilidades de rehabilitación del afectado. Además se indica, teniendo en cuenta los antecedentes, qué tipo de actividad puede desempeñar.

Este certificado acredita la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarlo, salvo en materia de jubilaciones y pensiones, que se acreditará conforme lo dispuesto por los arts. 33 y 35 de la ley 18037. 35, y 23 de la ley 18038. 36, -de acuerdo a lo establecido por el art. 19 de la ley 22431. 37-.

Esto quiere decir que con la obtención de este certificado, la persona con discapacidad no sólo tendrá acceso a la cobertura integral de las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación que establece la ley 24901. 38, sino que también le permitirá obtener otros beneficios tales como: pase libre en transporte público de pasajeros; franquicias para la adquisición de automotores; exención del pago de patente libre tránsito y estacionamiento; explotación de pequeños comercios; etc. Para la realización de estas gestiones será necesaria la presentación del Certificado de Discapacidad.

El Certificado de Discapacidad Nacional se tramita en el Servicio

Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, organismo dependiente del Ministerio de Salud.

Esta normativa rige a nivel nacional, en tanto que las leyes provinciales correspondientes establecen como será acreditada la discapacidad y que organismo provincial será el encargado de expedir el certificado en su jurisdicción.

Nuestra provincia de San LUIS ha adherido a la ley Nacional 24.901.

Asimismo, la ley provincial N° **I-0013-2004 (5586)** dispone que será el Ministerio de Salud a través de la “Dirección General de Rehabilitación” quien certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Además indicará que tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. Establece –al igual que la legislación nacional que el certificado que

se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocar, a excepción de lo referido a la Seguridad Social.

El organismo encargado de emitir el Certificado Único en nuestra provincia es la Dirección Provincial de Rehabilitación, y tendrá validez en todo el territorio de nuestro país.

Aquellas personas con discapacidad que residan en una Provincia del interior del país que no cuente con autoridades provinciales para el reconocimiento del Certificado de Discapacidad, deberá solicitar el formulario pertinente en el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción para las Personas con Discapacidad y completarlo en el Hospital Público más cercano al domicilio, el que debe estar firmado y sellado por el director del Hospital.

2.2. Alcance de la Ley

Mientras que la ley 22431. 40 instituye un sistema de “protección integral” de las personas discapacitadas, la ley 24901. 41 lo menciona como sistema de “prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad” y al final del artículo se refiere a la “cobertura integral a sus necesidades y requerimientos”.

El término “integral” está haciendo referencia a la obligación de cubrir la totalidad de las prestaciones enumeradas en la ley que requiera la persona con discapacidad, sin límite de tiempo y sin costo alguno para el beneficiario.

El art. 1 de la ley 22431. 42 asegura a sus beneficiarios atención médica, educación, seguridad social, y franquicias y estímulos “que permitan neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca” para desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas “normales” (así refiere la ley). El art. 1 de la ley 24901. 43 contempla “acciones de prevención, asistencia, promoción y protección”, ampliando las obligaciones de los prestadores a dos áreas no incluidas en la anterior: prevención y promoción, resultando la primera norma de corte más asistencialista que preventivo.

Las personas con discapacidad merecen una protección especial. Las familias que conviven con alguna discapacidad, ya sea porque son padres de un niño con necesidades especiales, o bien es el adulto el que padece alguna patología incapacitante, no quedan exentos de todos los demás inconvenientes que una familia “normal” o “convencional” acarrea cotidianamente. Es decir que, al cúmulo de dificultades económicas, laborales, familiares, etc. que todos en mayor o menor medida debemos superar en nuestro diario vivir, se le suma uno más, difícil y para el cual muchas veces no se está del todo preparado desde ningún punto de vista (personal, familiar, social, económico), que es precisamente la resolución de muchas necesidades concretas que requiere ese niño o adulto discapacitado para mejorar su calidad de vida: desde la atención médica con mayor frecuencia de lo que demanda una persona sana y con un gran número de especialistas (neurólogos, traumatólogos, psicólogos, etc.) hasta gran cantidad de medicamentos, equipamiento, etc. Entonces, el presupuesto familiar se duplicaría o triplicaría si las familias tuvieran que afrontar estos gastos en forma particular.

Esto quiere decir que la deficiencia provoca en la persona una desventaja que vulnera el principio de igualdad, por lo que debe compensarse a favor de la persona con discapacidad. Por ello la cobertura es integral, es decir, al 100% de todos los requerimientos de la persona con discapacidad.

2.3. Legislación Provincial

Todo sistema federal supone la existencia de dos órdenes de poder territorial entre los que se distribuyen atribuciones los Estados federados y el Estado Central.

Conforme el art. 121 de la Constitución Nacional⁴⁴ todos los poderes delegados por las provincias al gobierno federal están taxativamente enunciados en la Constitución Nacional.

En este sentido, el art. 8° de la ley 24901. 45, establece que, aunque la ley 24901 sea nacional, cada provincia debe efectuar el correspondiente acto de adhesión para que se

incorpore a su normativa provincial. Asimismo, todas las provincias argentinas tienen actualmente leyes de discapacidad provinciales.

En la provincia de San Luis se dictó en el año 2005 la ley 6773 “Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas”⁴⁶. Mediante ésta ley nuestra provincia sanciona y acompaña el convenio de la ley 24901.

CAPÍTULO III

Prestaciones a favor de las personas con discapacidad

3.0 La cobertura de salud y discapacidad

Existe un piso prestacional básico que es obligatorio para todas aquellas entidades que presten servicios de salud, ya sean Agentes del Seguro de Salud (Conforme Art. 1 Ley 23.660), entidades de medicina pre pagas, obras sociales con ley propia de creación (Poder Judicial, Colegio de Escribanos, Colegio de Abogados, etc.) obras sociales provinciales, etc.

El piso prestacional básico se encuentra contemplado en lo que se conoce como “Programa Médico Obligatorio” (PMO). Luego de la declaración de la Emergencia Sanitaria, quedó suspendido en sus efectos, rigiendo actualmente el denominado “Programa Médico Obligatorio de Emergencia” (PMOE), que tendrá vigencia hasta la finalización de la emergencia sanitaria. El programa médico implica un piso prestacional, como norma de política nacional de Salud por haber sido emitido por el Ministerio de Salud de la Nación, y ninguna entidad prestadora de servicios de salud podrá negarse a brindar la cobertura que el mismo establece.

Pero para las personas con discapacidad ese piso prestacional está determinado por la ley 24.901, por lo que las entidades que presten servicios de salud no podrán negarse a brindar de totalidad de la cobertura que se detallan en la norma aduciendo que ellas están obligadas a la cobertura establecida en el PMO (actualmente vigente el PMOE).

3.1 Sistema de Prestaciones Básicas

Tanto la ley 22431 como la 24901 enuncian aquellas prestaciones que deben brindar los obligados por ley a favor de las personas con discapacidad.

La necesidad de organizar las prestaciones para las personas con discapacidad y crear un financiamiento, principalmente en el ámbito de la seguridad social, abre el camino para la nueva ley de discapacidad, orientada a otorgar prestaciones médico-educativas y

sociales. La ley 24.901 y su decreto reglamentario 1193/1998. 47, crean la estructura jurídico-institucional necesaria para la implementación del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

3.2 La misión del Sistema Único de Prestaciones Básicas de Atención

Integral para Personas con Discapacidad, creado por la ley 24.901, es otorgar a todas las personas con discapacidad una cobertura integral para su rehabilitación, que garantice un uso eficiente de los recursos existentes, con vistas a lograr su independencia y su integración plena en la vida social.

Esta última ley, como ya dijéramos, no deroga a la anterior ley 22.431, sino que es más minuciosa y concisa respecto de la enumeración de dichas prestaciones.

3.3 Prestaciones Básicas

En el Capítulo IV de la ley 24901. 48. se establecen aquellas prestaciones que se consideran básicas. Ellas son:

3.4 Preventiva

Se le garantiza, tanto a la madre como al niño desde el momento de la concepción, todos los controles, atención y prevención para su óptimo desarrollo físico, psíquico y social; en caso de existir “factores de riesgo” (por ejemplo herencia genética u otros), se deberán extremar los controles, tratamientos y exámenes complementarios para evitar la patología o detectarla tempranamente.

Inclusive, si se detecta patología incapacitante en la madre o en el feto, se deberá proveer el tratamiento necesario para evitar la discapacidad o compensarla. En todos los casos, además, se deberá brindar el apoyo psicológico adecuado para el grupo familiar.

La ley plantea como objetivo principal la atención e integración a su entorno familiar de la persona con discapacidad, ya que incorpora la necesidad de apoyo psicológico al grupo familiar al mismo tiempo que establece la necesidad de atención y estimulación temprana del menor.

Si bien el certificado de discapacidad es requisito necesario para invocarse la cobertura de la ley, las prestaciones preventivas constituyen una excepción a la regla, ya que a un feto o a un recién nacido, por cuestiones fácticas, no se le puede otorgar un certificado de discapacidad. La norma apunta a la protección de derechos de la persona por nacer o recién nacida y a la prevención de discapacidades, y resulta irrazonable el requisito del certificado previo. Sin perjuicio de ello, resulta necesario que no bien la familia tome conocimiento de la discapacidad, solicite el certificado ante la autoridad correspondiente.

3.5 De rehabilitación

Son aquellas que mediante un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un grupo interdisciplinario (por ejemplo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, etc.) tienen por objeto adquirir y/o restaurar determinadas aptitudes y habilidades, de acuerdo con cada patología, con el fin de que el niño o adulto alcance el desarrollo psicofísico y social más adecuado y logre una integración plena.

La finalidad es la recuperación de todas o la mayor parte posibles de las capacidades, utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos metodologías y técnicas que fueren menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

Rehabilitar significa volver a habilitar una función que por alguna razón la persona ha perdido. Además se dirige a reducir la necesidad de cuidados continuos de la persona con discapacidad, tiende a lograr su mayor autonomía. Implica abordar el déficit para lograr primordialmente el desarrollo personal y social de la persona con discapacidad.

El proceso de rehabilitación integral debe reunir tres aspectos: prevención, rehabilitación e integración.

3.6 Terapéuticas Educativas

Las prestaciones terapéuticas educativas tienden a promover la restauración de conductas desajustadas, a alcanzar adecuados niveles de auto valimiento e independencia de la persona discapacitada, e incorporación de nuevos modelos de interacción e integración al medio, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

3.7 Educativas

Son aquellas que tienden a desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje, que son programados (es decir, se definen sus objetivos y los tiempos para alcanzarlos), mediante metodologías y técnicas especiales y con personal especializado, y que se implementan según los requerimientos de cada tipo de discapacidad.

Comprende la escolaridad en todos sus tipos (nivel inicial, primario y secundario), capacitación laboral, talleres de formación, entre otros, ya que todas ellas tienden a formar la persona con discapacidad con el objetivo de integrarla a la sociedad.

3.8 Asistenciales

Se refieren a aquellas que tienen como finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat, alimentación, atención especializada, etc.), de acuerdo con el tipo de patología que tenga el discapacitado y situación socio-familiar del grupo familiar conviviente.

Estas prestaciones incluyen las que propenden al cuidado de la salud del discapacitado (ej. las prestaciones odontológicas y todas las que se relacionan con aspectos médicos), a su vivienda (en éste sentido encontraríamos dentro de esta categoría las residencias, pequeños hogares y hogares) y a su alimentación.

Hay que tener en cuenta que entre los obligados a brindar las prestaciones establecidas en la ley se encuentran las propias personas con discapacidad y las personas de quienes dependan y, en este sentido, las prestaciones asistenciales tendrán como límite las posibilidades de ellos.

Así, el propio artículo 18 de la ley 24901. 49 expresa en su último párrafo que las prestaciones asistenciales “comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente”. En los casos en que exista un grupo familiar continente sin dudas estará a su cargo la cobertura y otorgamiento de estas prestaciones asistenciales esenciales para la vida de las personas con discapacidad, siempre que le fuera posible.

3.9. Servicios Específicos

El art. 19 de la ley 24901. 50 introduce el capítulo de “Servicios específicos” y se refiere a las principales prestaciones de la ley, particularmente las educativo-terapéuticas. Además nos brinda algunas reglas de interpretación de la ley.

En primer lugar, establece que los servicios específicos que se desarrollan en el capítulo son al solo efecto enunciativo lo que significa que no excluye servicios no mencionados expresamente, es decir no taxativos. Además establece que podrán ser ampliados o modificados por la reglamentación.

Estos servicios forman parte de las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad, de acuerdo al tipo y grado de patología, edad y situación socio-familiar del discapacitado.

Ellos son:

3.10 Estimulación Temprana

Es el proceso terapéutico-educativo, que tiende a promover y favorecer el desarrollo de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

Los beneficiarios del tratamiento de estimulación temprana son los niños discapacitados desde el nacimiento hasta los 4 años de edad cronológica como regla, cuando se hayan alcanzado los objetivos y el niño pueda ingresar a la etapa escolar, y hasta los 6 años en los casos de continuidad del tratamiento, cuando deba a ingresar a una etapa educativa y/o terapéutica.

La estimulación temprana es un tipo de prestación de atención individual de acuerdo con el tipo, grado de discapacidad y etapa en la que se encuentre el niño, con participación activa del grupo familiar.

La atención médica de los menores beneficiarios de la estimulación temprana se realizará a través del denominado Plan Materno Infantil (PMI) del Programa Médico Obligatorio (PMO) durante el primer año de vida del menor. El PMI incluye el embarazo, el parto y la atención de la madre y el menor hasta que cumpla un año de edad, todo ello con una cobertura del 100%.

3.11 Educación Inicial

Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad, de acuerdo con una planificación especialmente elaborada, en escuelas especiales o comunes, cuando ello sea posible.

La ley tiende a fomentar la integración social y educativa de la persona con discapacidad, siempre y cuando sea posible.

La educación inicial se presta en grupos de niños con el mismo tipo y grado de discapacidad y similar nivel de desarrollo. La modalidad de la prestación es ambulatoria la misma puede ser con jornada simple o doble, y será diaria de acuerdo a la modalidad del servicio o el lugar donde se realice.

Cuando la escuela especial implemente programas de integración a la escuela común, la atención se dará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

3.12 Educación General Básica

Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, en escuelas especiales o comunes si es posible.

Las edades, tanto a nivel inicial como en la educación general básica, son orientativas, ya que en muchos casos la edad mental o evolutiva de un niño con discapacidad no se corresponde con su edad cronológica.

Con respecto al límite superior de edad fue elevado a 18 años, y además se agregó la palabra “aproximadamente” lo que significa que la edad puede ser superada.

Por otro lado, el límite de edad no implica bajo ninguna circunstancia negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier motivo, no hayan recibido educación.

El programa escolar que se implemente deberá responder a los lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos los casos que el tipo y grado de discapacidad lo permita.

Atento el alto porcentaje de la población discapacitada joven, la EGB es la prestación educativa en discapacidad más común en el sistema de obras sociales nacionales.

La ley pone a cargo exclusivo de las obras sociales el otorgamiento de esta prestación educativa, lo que dio lugar a que actualmente existan grandes controversias respecto de si el legislador no debió prever la intervención del Ministerio de Educación en estas prestaciones, para las que no se incluyó presupuesto alguno para su cobertura. Indudablemente deberá producirse una revisión de estas situaciones y consecuentemente habrá que replantear la forma de financiación de estas prestaciones y si dentro de los objetivos de las obras sociales se encuentra la obligación de otorgar prestaciones educativas. Más allá de los alcances de esta discusión, lo cierto es que la ley las pone a cargo de las obras sociales (entre otros obligados), y las obliga a tener auditorías especializadas para las prestaciones educativas.

3.13 Formación Laboral

Es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

Es de carácter educativo y sistemático, y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Dos aspectos fundamentales deberán tenerse en cuenta antes del inicio de un programa de formación laboral: las condiciones psicofísicas de la persona con discapacidad, y las reales posibilidades que tendría de ingresar al mercado laboral.

Deberá evaluarse cada caso en particular ya que, si bien por el tipo y grado de discapacidad la persona tiene posibilidades de dicha formación, puede que no sea posible su inserción laboral.

Se trata de analizar si la formación propuesta le es útil o no al beneficiario, teniendo como objetivo la inserción laboral.

3.14 Los talleres de formación laboral y sus clasificaciones

3.14.1 Pre taller

Está encaminado a que el niño adquiera capacidades y habilidades para diferentes actividades laborales. El pre taller forma parte de la EGB y no funciona en forma independiente. Son beneficiarios del pre taller niños de 6 a 14 años con discapacidad que estén cursando EGB. Funciona dentro de la misma escuela primaria o integrada a la misma.

3.14.2 Taller de formación o capacitación laboral

Tiene por objeto la preparación de la persona discapacitada en una determinada actividad laboral, que se deciden de acuerdo con la demanda laboral. Los beneficiarios son personas de entre 14 y 24 años de edad con discapacidad, pero este período puede extenderse durante el período económicamente activo de la persona con discapacidad. El egreso se produce una vez que finaliza la capacitación laboral prevista y la personas aprobada en el programa de formación profesional respectivo.

El taller deberá funcionar en forma independiente de cualquier otra actividad que se desarrolle en el establecimiento, sin perjuicio de que en él se desarrollen otras actividades.

El taller de formación o capacitación laboral es una tarea grupal, con jóvenes o adultos con el mismo tipo y grado de discapacidad y similar nivel de desarrollo. La modalidad del taller es ambulatoria, y con jornada simple o doble.

3.14.3 Taller de adiestramiento o adaptación laboral

La diferencia con el taller de formación laboral es que su objetivo no es el aprendizaje sistemático de una actividad laboral determinada, sino que solamente procura la habilitación laboral de una persona discapacitada, para posibilitar su inserción en el mundo del trabajo. Esta dirigido a personas que por las características de su discapacidad no pueden acceder al aprendizaje sistemático de un oficio, o porque por su edad o situación socio familiar necesitan incorporarse rápidamente al mercado laboral.

Los beneficiarios son personas con discapacidad de 14 hasta los 45 años de edad, quienes deben tener adecuados niveles de independencia y auto valimiento. El egreso se producirá cuando se complete la etapa de capacitación o a los 12 meses, con posibilidades de extensión en caso necesario.

Por otra parte, la ley 22431. 51 prevé que una persona con discapacidad, rehabilitada y jubilada por invalidez, puede desempeñarse laboralmente, percibiendo en éste caso el mínimo del haber jubilatorio. El beneficiario puede insertarse laboralmente de varias formas: en talleres competitivos (dependientes o independientes), en talleres protegidos o en grupos laborales protegidos. Todas estas variantes, si bien no se refieren a prestaciones directamente relacionadas con la salud del discapacitado, indudablemente tienen enorme influencia en su inserción social y familiar.

3.15 Centro de día

El Centro de día es una prestación destinada a los niños, jóvenes o adultos con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus habilidades.

Su finalidad es lograr el mayor grado de auto valimiento y autonomía posible de la persona discapacitada.

3.16 Los principales objetivos del centro de día

- Lograr la integración social de la persona, tanto a la sociedad como a su grupo de pertenencia.
- Apoyar y orientar a su grupo familiar.
- Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo con las posibilidades de los concurrentes.

El objetivo principal del centro de día es brindar contención a personas que por su severo o profundo nivel de discapacidad no están en condiciones de concurrir a programas de educación y/o rehabilitación. Se trata de estimular y desarrollar aptitudes en los beneficiarios para alcanzar en cada caso el mayor grado de desarrollo posible.

Se entiende que, en estos casos, el joven no podrá acceder al mercado laboral y por lo tanto se focaliza la atención en su propio desarrollo personal.

El beneficiario del centro de día puede tener cualquiera de los tipos de discapacidad (mental, sensorial, visceral o motriz) pero la condición es que sea de grado severo o profundo o, en su caso, personas con varias discapacidades al mismo tiempo.

Son beneficiarios los niños, jóvenes o adultos con discapacidad severa o profunda imposibilitados de acceder a escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida. El criterio de concurrencia a este sistema se resuelve por exclusión de los anteriores. La edad mínima de ingreso es de 6 años, sin límite de edad de egreso.

3.17 El centro de día deberá disponer de los siguientes servicios y actividades

a) Atención médica.

b) Apoyo familiar y/o individual: actividades que estrechen los vínculos entre la persona discapacitada y su grupo familiar y con su entorno.

c) Actividades de integración: actividades tendientes a la integración del beneficiario con la comunidad (como paseos, festejos, etc.) de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.

d) Actividades de la vida diaria: Se promueven la adquisición y mantenimiento de los hábitos de la vida diaria como la higiene, el vestido, etcétera.

e) Actividades laborales no productivas: tendientes a alcanzar el mayor grado de autorrealización posible (trabajo con cerámica, papel, cartón etcétera).

f) Actividades de expresión corporal o educación física: actividades de tipo recreativo, a nivel individual o grupal, tendientes a mejorar la comunicación y expresión de la persona.

g) Actividades de música o musicoterapia: actividades individuales y grupales tendientes a establecer canales de comunicación no verbales.

Funciona habitualmente de lunes a viernes, y la modalidad de cobertura puede ser en jornada simple o doble.

3.18 Centro Educativo Terapéutico (CET)

Este servicio tiene como objeto la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Está dirigido a niños y jóvenes que han sido incorporados a la educación especial y fracasaron en ella debido a que su discapacidad (motriz, sensorial o mental) porque el proceso de educación sistemática no les permite la incorporación de conocimientos y

aprendizajes, por lo tanto requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Son beneficiarios del CET los niños y jóvenes discapacitados de 4 a 24 años de edad, pero recordemos que estos límites no son taxativos.

Es una prestación de modalidad ambulatoria, con atención individual y/o grupal de acuerdo con los criterios de edad, condiciones psicofísicas y actividades a realizar. La concurrencia será diaria y con jornada simple o doble.

La res. 6080/2003 APE52 incorpora dos modificaciones. La primera se relaciona con el tiempo de cobertura de la prestación. Las prestaciones de carácter educativo para aquellos beneficiarios que no cuenten con una oferta educacional pública estatal adecuada a las características de su discapacidad se cubrirán hasta 11 meses, incluyéndose la matrícula (generalmente anual), lo que implica en la práctica 10 meses calendario y un mes de matrícula.

Pero en el caso del Centro Educativo Terapéutico, que no se trata de escolarización especial (como la EGB, por ejemplo), sino precisamente de personas con discapacidad que no pueden acceder a un sistema de educación especial sistemática la norma prevé la cobertura de 12 meses calendario.

La otra modificación es que para las prestaciones de Centro de día,

Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro

Educativo Terapéutico, incorpora el reconocimiento de un adicional del 35% del arancel por cada persona discapacitada dependiente. Se considera persona discapacitada dependiente a la que debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar alguna de las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación, de ambulación,

etc. El pago del adicional por dependencia estará sujeto a prueba y exigirá que se certifique ésta mediante la Junta Evaluadora.

3.19 Centro de Rehabilitación Psicofísica

Es el servicio que se brinda en una institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

Está destinado a pacientes con cualquier tipo de discapacidad que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación. Estas instituciones pueden ser: clínicas o sanatorios de rehabilitación, hospitales con servicio de rehabilitación, centros de rehabilitación, consultorio particular, etcétera.

Comprende prestaciones de las siguientes especialidades: fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional, psicología, fonoaudiología, psicopedagogía y otros tipos de atención que requiera la persona con discapacidad.

3.20 Rehabilitación Motora

Es el servicio que tiene por fin prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades de orden predominantemente motor: por un lado brindar tratamiento rehabilitatorio (por afecciones neurológicas, infecciosas, metabólicas, etc.) con atención Especializada en secciones individuales y por el período que cada patología requiera; por otro lado, provisión de prótesis, prótesis, ayuda técnica, u otros aparatos ortopédicos (como férulas, muletas, sillas de ruedas, de postura, etc.). Se deberá brindar los necesarios de acuerdo con las siguientes pautas: a) características de cada paciente, b) el periodo evolutivo de la discapacidad, c) la integración social del paciente y d) según prescripción del médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o equipo tratante o su eventual evaluación ante la prescripción de otro especialista.

Tanto el Programa Médico Obligatorio de Emergencia como el Programa

Médico Obligatorio anterior determinan expresamente el alcance de las coberturas para los beneficiarios de obras sociales en materia de aparatos ortopédicos y prótesis.

Establece que la cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en prótesis y prótesis externas. Asimismo determina que el monto máximo a erogar por el agente del seguro será el de la menor cotización en plaza.

Las indicaciones médicas deben efectuarse por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a la prescripción encubierta de determinado producto. El agente del seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación, y sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional.

Pero la ley 24901. 53 no efectúa diferencia alguna entre ambas prestaciones (prótesis y prótesis internas permanentes o externas), sino que determina que deberán proveerse “los necesarios”.

Entonces tenemos, por un lado, el Programa Médico Obligatorio de

Emergencia que determina reglas de cobertura de prótesis y prótesis en forma general para todos los beneficiarios de las obras sociales –o empresas de medicina pre paga-, y por el otro, la ley 24.901, que determina coberturas especiales para los beneficiarios con discapacidad del mismo sistema y para aquellos que, no teniendo cobertura alguna, sus prestaciones deben ser garantizadas por el Estado Nacional.

El objetivo de la ley 24901. 54 es asegurar un sistema de prestaciones “básicas” de atención “integral”, y para estos fines contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección de las personas con discapacidad con el objeto de darles una “cobertura integral” a sus necesidades y requerimientos. Asimismo, la misma ley establece la obligación de proveer “lo necesario”. En conclusión, la cobertura que la ley determina para las prótesis, prótesis, ayudas técnicas y aparatos ortopédicos en todos los casos es del 100%.

Sin embargo, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (en el marco de la emergencia sanitaria y, posteriormente, cuando se establezca el PMO definitivo) se aplicaría respecto de los alcances de esa cobertura del 100% cuando exige que:

- a) El monto máximo a erogar por el agente de salud (obra social) sea el de la mínima cotización en plaza del producto.
- b) La prescripción será efectuada por el nombre genérico, sin aceptación de marca, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a una prescripción encubierta de determinado producto.
- c) La regla será la prescripción de prótesis nacionales y sólo se aceptará una importada cuando no haya nacionales. Habiendo prótesis u prótesis nacionales, la obligación de cobertura del agente de salud se extingue con la provisión de ésta.

Si bien existen reglas generales aplicables para la cobertura de la discapacidad, las mismas deben adecuarse a las necesidades del beneficiario y a la situación del agente de salud, y será la auditoría médica de la obra social junto con el médico tratante quienes tendrán la responsabilidad de determinar, conforme al tipo y grado de discapacidad del beneficiario de la cobertura, cual es la mejor y posible opción.

3.22 Atención odontológica integral

Las personas con discapacidad (de cualquier tipo o grado) tendrán garantizada una atención odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación. En los casos necesarios, también garantiza la cobertura de un anestésista.

Esta prestación debe otorgarse con odontólogos capacitados en atender personas con discapacidad, por ejemplo las personas con discapacidad mental o retrasos mentales, obviamente requerirán de un profesional entrenado para atenderlos.

3.23. Sistemas Alternativos al Grupo Familiar

Los sistemas alternativos al grupo familiar le permiten a la persona con discapacidad reemplazar o restituir la ausencia o pérdida del grupo familiar en aquellos casos en que no puede permanecer en su grupo familiar de origen por diversas razones, ya sea por la propia patología o por circunstancias sociales o económicas en su entorno que no permitan una atención ambulatoria (Por ej. abandono, fallecimiento o enfermedad de sus padres o familiares, discapacidad severa que hace imposible que la persona sea atendida por su familia, razones socioeconómicas, falta de auto valimiento de la persona con discapacidad, etc.)

Estas instituciones deberán permitir la integración social de la persona con discapacidad, como así también su auto valimiento e independencia.

La ley 24901. 55 estructura tres modelos para estos sistemas alternativos, según el nivel de independencia que requiera la persona discapacitada:

- a.- Residencias;
- b.- Pequeños hogares;
- c.- Hogares.

Pero no son excluyentes, es decir, pueden presentarse otras propuestas institucionales, como hogar y escuela dentro de una misma institución.

3.24 Residencia

La residencia es el recurso institución destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

Se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por sí mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requiere para vivir.

Son beneficiarios de la residencia las personas con discapacidad de ambos sexos (aunque pueden ser residencias para un solo sexo) de entre 18 y 60 años de edad. Pueden tener el carácter de alojamiento permanente, o módulos de alojamiento de lunes a viernes. Las residencias deben funcionar en forma independiente y separada de cualquier otro servicio para personas con discapacidad. Asimismo deben abastecer los requerimientos médicos, educativos, laborales y de todo tipo que requieran los residentes.

3.25 Pequeños Hogares

El pequeño hogar está a cargo de un grupo familiar y está destinado a un número limitado de menores. Tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

En el pequeño hogar se trata de reproducir el ámbito familiar, por ello se organizan como si se tratara de una familia, con una pareja responsable o, en su defecto, un adulto (hombre o mujer) a cargo de un grupo de niños y adolescentes con discapacidad.

La Resolución 428/1999 del MSyAS56 establecía que son beneficiarios de los pequeños hogares niños y adolescentes discapacitados de entre 3 y 21 años de edad, de ambos sexos, y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema. La Resolución 6080/2003 A.P.E.57 modifica éste punto y establece que la población beneficiaria será “personas discapacitadas”, sin distinguir entre niños y adolescentes, y elimina el tope máximo de edad de 21 años, pero manteniendo el mínimo de 3 años de edad.

Otra modificación que introduce es la relativa a la necesidad de acreditar que el beneficiario con discapacidad tiene un grupo familiar no continente. Esta modificación dio origen a muchos reclamos ante las obras sociales que se negaban a brindar esta cobertura aduciendo que el beneficiario cuenta con un grupo familiar continente para no ofrecer esta prestación.

Estos planteos fueron solucionados con la modificación de este punto de la Resolución citada, en el sentido de que el grupo familiar debe ser evaluado por la Auditoría Médica de la Gerencia de Prestaciones de APE cuando este planteo sea interpuesto.

La capacidad es de 12 a 15 niños o adolescentes discapacitados, y el alojamiento puede ser de carácter permanente, o de lunes a viernes. En el pequeño hogar se deben abastecer todos los requerimientos de los beneficiarios, pudiendo contar para ello con el auxilio de terceros para la cobertura de las necesidades básicas.

3.26 Hogares

Es el recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y niveles de auto valimiento e independencia sea dificultosa, y requieren un mayor grado de asistencia y protección.

En caso de personas con discapacidad con un grupo familiar no continente, esta situación debe probarse y, en caso de controversia, se procederá de la misma forma que se estableció para la prestación anterior, es decir, será evaluado por la

Auditoría Médica de la Gerencia de Prestaciones de la APE.

En el Hogar se deben brindar distintos aspectos como el alojamiento, alimentación y la atención especializada. Asimismo, se debe respetar a sus beneficiarios su privacidad e individualidad, y además se debe garantizar su integración social participando para ello de actividades en el exterior.

Son beneficiarios niños, adolescentes jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad (que en general es una discapacidad severa o profunda). La modalidad de alojamiento puede ser semanal (de lunes a viernes) o permanente.

Los hogares deben funcionar en forma independiente de otro tipo de servicios para personas con discapacidad. En caso de estar asociado a otra modalidad

(Ej. Hogar con centro de día, hogar escuela, etc.) Debe procurarse que tanto los espacios como las actividades de uno y otro servicio tengan la separación adecuada que les permita a sus beneficiarios una correcta identificación.

3.27 .Prestaciones Complementarias

Por otra parte, la ley 24901. 58, en su Capítulo VII también establece una serie de “prestaciones complementarias”. Estas prestaciones sólo serán obligatorias cuando la persona con discapacidad sea beneficiaria de alguna de las prestaciones básicas, servicios específicos o sistemas alternativos al grupo familiar (capítulos IV a VI de la ley) ya que dependen de ellas. Las prestaciones complementarias contempladas en la ley son:

3.28 Cobertura económica

Los agentes de salud estarán obligados a otorgar cobertura económica con el fin de ayudar a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria. La ley establece que el cumplimiento de esta obligación tendrá dos objetivos específicos: facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir;

Tiene por objeto la integración social de la persona con discapacidad, ayudándola a mantener su ámbito de residencia. Requiere cierto grado de autonomía y auto valimiento del beneficiario, ya que de lo contrario se incluiría dentro de alguno de los sistemas alternativos al grupo familiar, que incluye vivienda. Apoyar económicamente a la persona con discapacidad y a su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio-laboral, y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación.

Un ejemplo de este tipo de prestación complementaria sería el caso de un niño o joven que reside con su familia en el interior del país y que requiere rehabilitarse en un centro determinado por las características de la patología, cuya sede se encuentra, por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires. En ese caso se deberá facilitar los servicios de estadía y viáticos correspondientes.

La norma establece que el carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la suspensión, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivo, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa. Ello implica que no habrá tiempo máximo de duración del mismo, sino que deberá adecuarse a las necesidades de cada requerimiento específico.

3.29 Internación domiciliaria

Cuando las personas con discapacidad presentan dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren.

El objetivo es brindar cobertura económica especial para atender la carencia de posibilidades de las personas con discapacidad y su grupo familiar, con la finalidad de prestar la atención especializada domiciliaria que éstos requieran.

Esta cobertura está destinada a los niños, jóvenes y/o adultos discapacitados que por la complejidad de su patología no pueden asistir a un servicio ambulatorio de los detallados dentro del rubro servicios especiales.

Debido a estas circunstancias deberá recibir la misma atención integral en su domicilio particular incluyéndose el material descartable que pueda necesitarse (pañales, sondas, etc.) como así también la medicación e incluso, si amerita, el servicio de enfermería permanente.

A diferencia de las demás prestaciones contempladas en la ley, están obligadas concretamente a brindar este tipo de prestación las obras sociales y, a diferencia de lo que ocurre con las demás coberturas, no obliga al Estado en aquellos casos de beneficiarios que carecen de obra social.

La prestación debe cumplirse con prestadores propios o contratados por la obra social, y será necesario que el “equipo interdisciplinario” de la obra social determine el diagnóstico y orientación prestaciones adecuada para la persona con discapacidad.

3.30 Apoyo para acceder a las distintas prestaciones

Es la cobertura que tiende a facilitar y/o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos de apoyo que se requieren para acceder la habilitación y/o rehabilitación, educación, capacitación laboral y/o inserción social, inherentes a las necesidades de las personas con discapacidad.

Se trata de una prestación que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal y son de carácter ambulatorio. Pueden consistir en atención domiciliaria, en consultorio externo o en centro de rehabilitación (son los tres ejemplos que establece la reglamentación).

No hay límite de edad para estos servicios, sólo la condición de que tengan necesidades terapéuticas o asistenciales especiales para el tratamiento de la discapacidad.

Las prestaciones de apoyo no forman parte de la prestación principal, y su otorgamiento debe estar debidamente justificado en el plan de tratamiento principal.

La reglamentación también prevé un máximo de seis horas semanales, ello significa que ese será el máximo que el sistema de seguro de salud financiará.

Un ejemplo de este tipo de prestación es la asistencia de un acompañante terapéutico o de un maestro, integrador o de recuperación, dentro del servicio escolar o domiciliario.

3.31 Iniciación laboral

La ley 24.901 en su artículo 36. 59 la define como la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva, en forma individual y/o colectiva, con el objeto

De brindarse todo el apoyo necesario, a fin de lograr su autonomía e integración social.

El artículo no está reglamentado, y su redacción resulta sumamente extensa. Por su ubicación dentro de la ley (dentro de las prestaciones complementarias) se desprende que no se trata de una prestación autónoma, sino que depende de una prestación principal, como podrían ser los talleres de formación laboral.

El objetivo, al igual que el resto de las prestaciones que contempla la ley, es la integración social del discapacitado y lograr el mayor grado de autonomía posible.

3.32 Atención Psiquiátrica

La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla en el marco de un equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales agudos o crónicos, ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades incapacitantes, o como complicación de las mismas.

Las personas con discapacidad tendrán garantizada la atención psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social.

También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean éstos psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

Se le garantiza a la persona con discapacidad una cobertura integral y amplia de todas las afecciones psiquiátricas, por lo que, acreditada la discapacidad con el certificado, las obras sociales se encuentran obligadas, sin límite de tiempo, a otorgar la cobertura

mencionada. Las obras sociales pueden ofrecer la prestación con prestadores propios o contratados.

Asimismo, la cobertura de los medicamentos debe ser del 100%.

Obliga a los agentes de seguro a brindar las prestaciones que requieran las personas con discapacidad para su rehabilitación, debiendo además asegurar la cobertura de los medicamentos que dichas prestaciones requieran.

3.33 Medicamentos no producidos en el país

En caso de que una persona con discapacidad requiriese, en función de su patología, medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país, se le reconocerá el costo total de los mismos.

En estos casos, se deberá acreditar a través del organismo competente (Ministerio de Salud de la nación y Administración Nacional de Drogas, Medicamentos y Tecnología Médica) que dicho medicamento o producto dietoterápico no se produce en el país ni existe en el mercado un similar equiparable. De este modo, el agente de salud estará obligado a proveer directamente al paciente o por vía de reintegro de la suma de dinero abonado.

3.34 Transporte Especial

Los beneficiarios que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el art. 22, inc. a) de la ley 24901 . 60, tendrán derecho a requerir a su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

Corresponde la cobertura del costo del recorrido desde la vivienda del beneficiario hasta el establecimiento rehabilitatorio y/o educativo y viceversa, contemplándose también el costo de un acompañante si el discapacitado requiere la ayuda de terceros para trasladarse, por ejemplo personas con problemas psiquiátricos (esquizofrenia, etc.) o con severos impedimentos motrices (personas que utilizan sillas de ruedas, etc.). En estos

casos será el médico tratante o la auditoria médica de la obra social quien determinará la imposibilidad de hacer uso de los servicios de transporte público y si será necesario auxilio de un tercero, como por ejemplo un acompañante terapéutico.

Por último, será obligación de los agentes de salud el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:

a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y que deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología.

b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados.

c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario.

En los casos de los puntos a) y b), deberá determinarse mediante las acciones de evaluación y orientación. La obra social es responsable de evaluar a través de la auditoria médica o de un equipo multidisciplinario al paciente discapacitado y otorgarle el tipo de módulo de tratamiento acorde con su edad, tipo de discapacidad y grado de evolución de la misma.

Para su cobertura, el paciente deberá admitir los centros que propone la obra social, y si ésta no le proporcionase los prestadores necesarios por carencia de ellos, deberá realizar los reintegros que el tratamiento del discapacitado requiera.

Es decir que es la obra social la que debe evaluar a través de sus áreas técnicas competentes el tipo de tratamiento habilitatorio o rehabilitatorio que debe recibir el paciente, siendo responsable de que la decisión tomada se concrete en el otorgamiento del tipo de prestación acorde a su grado de incapacidad y necesaria para mantenerlo reinsertado en su ambiente habitual.

Se establece la obligación de los agentes de salud cubrir el costo de la atención a cargo de los especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características especiales de la patología.

Se trata de pacientes que, o bien requieren de la atención médica específica en alguna rama médica dentro de lo cual se cuente con escasos especialistas y que no se hallen incorporados en las correspondientes cartillas prestacionales del agente de salud, o cuando un paciente ha comenzado el tratamiento con un equipo interdisciplinario determinado y deben necesariamente mantenerse la continuidad del mismo, por los potenciales efectos adversos que podrían ocasionarse en caso de un brusco y repentino cambio de criterio, técnica o metodología terapéutica.

Por ello, si la obra social no contara con un prestador o un especialista para atender la patología concreta del beneficiario, deberá reconocer (por vía del reintegro o del pago directo) un prestador que aunque no pertenezca a su cuerpo profesional, sea necesario que intervenga dadas las características específicas de la patología.

Pero la res. 6080/2003 APE61 ha introducido modificaciones en éste punto, y exige a las obras sociales que contraten únicamente con los prestadores registrados en el Registro Nacional de Prestadores.

Las modificaciones de la citada resolución, que afectan tanto a los agentes del seguro de salud (en cuanto a la procedencia de los subsidios) como a los prestadores no registrados, son las siguientes:

- 1.- Cuando la obra social solicita el pedido de subsidio deberá acompañarlo con la historia clínica del paciente expedida por el médico tratante que: a) efectúe la indicación del tratamiento a realizar, y b) debe incluir un informe de auditoría del médico auditor de la obra social que autoriza dicho tratamiento. El inicio del tratamiento debe realizarse una vez hecha la prescripción médica y el médico auditor lo autorice.

2.- No se otorgarán subsidios en caso de que el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación.

Obviamente, se refiere a las prestaciones anteriores a la fecha de su expedición.

3.- En todos los casos los agentes del seguro de salud deben incorporar a los pedidos de subsidio la constancia de inscripción del prestador en el Registro

Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.

4.- Se establece como obligación de los agentes del seguro de salud la realización de auditorías a los prestadores, pero además la Administración de Programas

Especiales (APE) se obliga a realizarlas en distintos establecimientos, con carácter periódico.

Todas estas modificaciones exigen de los prestadores el registro obligatorio en la Superintendencia de Servicios de Salud, no sólo como requisito de las contrataciones, sino además para que el agente de seguro de salud pueda percibir los subsidios de la Administración de Programas Especiales con los que pagará al prestador.

La obligación referida en el punto c) se encuadra dentro del principio de integración de la persona con discapacidad a su entorno familiar y social, ya que obliga al agente de salud a reconocer a los miembros del grupo familiar del discapacitado servicios de diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo, limitándolo a los casos de pacientes que presentan patologías genético-hereditarias, a fin de ayudar y sostener al grupo de contención del beneficiario.

Este tipo de patologías (de origen genético) muchas veces generan culpas o autorresponsabilidades en los miembros de la familia, máxime cuando se trata de una discapacidad que puede transmitirse a la descendencia. Por ello, un trabajo profesional con la familia ayudaría al tratamiento de la persona con discapacidad y facilitaría su integración.

3.35 Registro de Prestadores del Sistema de Obras Sociales Nacionales

La Superintendencia de Servicios de Salud lleva un Registro de Prestadores, cuya inscripción es obligatoria para todos los profesionales, instituciones y establecimientos que presten servicios de salud.

Todos los profesionales, instituciones y servicios médico-asistenciales deben inscribirse en el “Registro Nacional de Prestadores”. Esta inscripción es obligatoria para todos los prestadores del sistema de obras sociales.

Pero los prestadores de discapacidad tienen su propia normativa. El art. 6 de la ley 24901. 62 establece que los entes obligados por la ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados.

La Resolución 213/2001. 63 de la Superintendencia de Servicios de Salud crea el “Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad”, que se complementa con la res. 214/2001 SSS64, que habilita una sección especial de dicho registro a los efectos de inscribir a los prestadores que brindan prestaciones bajo las modalidades de formación laboral, centro de día o establecimientos educativos, y la res. 312/2001 SSS65, que agrega un anexo que había sido omitido por error en la resolución anterior, que incluye el modelo de constancia que la Superintendencia de Servicios de Salud debe entregar al prestador cuando se inscribe.

La inscripción en el Registro de Prestadores es obligatoria para los prestadores que presten servicios a las obras sociales. Asimismo, la Superintendencia de

Servicios de Salud tiene establecido que la obra social tiene derecho a determinar con qué prestador dará el servicio.

El Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con

Discapacidad tendrá a su cargo la determinación de los requisitos de inscripción, permanencia y baja en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a

Personas con Discapacidad. Por otra parte, se asigna a la Superintendencia de Servicios de Salud la instrumentación de dicho Registro.

El plazo de vigencia de las inscripciones de discapacidad se había establecido por dos años, pero la normativa general del sistema para todos los demás prestadores elevaba el plazo a cinco años de vigencia. Esta situación perjudicaba en forma arbitraria a los prestadores de discapacidad, por ello para remediarlo se extendió el plazo de validez de la inscripción a cinco años, equiparándolo al de los demás prestadores.

En la práctica, muchos de los prestadores de servicios a las obras sociales no se encontraban inscriptos en el registro. La consecuencia más relevante de esta situación es que la Administración de Programas Especiales (APE) no estaba obligada a subsidiarlos y en consecuencia la obra social no tendrá acceso a esta forma de financiación. La situación se modificó con la res. 6080/2003 APE66, ya dispone que las obras sociales sólo podrán contratar prestadores registrados.

CAPÍTULO IV

Sujetos obligados a brindar las prestaciones

4.0 Sujetos Obligados

La diferencia más relevante entre las leyes 22431. 67 y la nueva 24901. 68, radica en la determinación del sujeto obligado a cumplir con las prestaciones esenciales que ambas enumeran.

La primera de ellas pone a cargo del Estado -a través de sus organismos dependientes- la prestación a los discapacitados, en la medida en que éstos (los discapacitados), las personas de quienes dependan o la obra social a la que estén afiliados no puedan afrontarlos. Es decir, las obligaciones de las Obras Sociales resultan subsidiarias -en principio- a que los demás que enumera no puedan afrontarla.

En cambio, la nueva norma invierte el orden de prelación, y establece que son las obras sociales (entendiendo por tales a las entidades enunciadas en el primer artículo de la ley 23660. 69,) las que tienen a su cargo con carácter obligatorio la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la ley. Por su parte, el Estado, que de acuerdo a la ley anterior era el principal obligado, a partir del año 1997, no queda liberado sino que tendrá a su cargo las prestaciones solamente en aquellos casos en que la persona con discapacidad no se encuentre afiliada a ningún sistema de salud.

Por lo tanto, antes era el Estado el primer obligado a brindar el servicio de salud a las personas con discapacidad, tengan o no obra social, y en forma subsidiaria estas últimas. En cambio, con la sanción de la referida norma, las primeras obligadas son las obras sociales (o la empresa de medicina prepaga en su caso).

4.1 Obras Sociales

La ley 24.901, en su Artículo °2. 70, para conceptualizar “Obras Sociales”, nos remite a la enumeración que efectúa la ley 26.660 en su art. 171. La ley 23.661 instituye el “Sistema Nacional de Seguro de Salud”. Las obras sociales comprendidas en el art. 1 de la ley 23.661 son agentes naturales del seguro. También se consideran agentes a las obras sociales provinciales y demás entidades que adhieran al sistema.

El mencionado sistema comprende a la totalidad de las Obras Sociales

Nacionales, las que deben brindar con carácter obligatorio la cobertura total de las prestaciones enunciadas en la ley que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

4.2 Empresas de Medicina Prepaga

Un tema que generó muchas dudas y confusiones es el referido a la obligatoriedad de cobertura que deben brindar los agentes de salud respecto de las prestaciones para personas con discapacidad , cuando los mismos no son obras sociales, sino las denominadas “Empresas de Medicina Prepaga”.

Generalmente, cuando los beneficiarios recurren a la propia empresa para asesorarse, se encuentran frente a una gran desinformación.

Pero antes de entrar en el análisis de las obligaciones a cargo de las

Empresas de Medicina Prepaga como sujeto obligado a cumplir las prestaciones a favor de las personas con discapacidad enunciadas en la ley, es necesario destacar algunas de las características del contrato que vincula al asociado con la empresa de salud.

El Contrato de Medicina Prepaga es aquel por el cual una empresa promete a una persona, llamado asociado/afiliado, una determinada asistencia médica, recibiendo como contraprestación el pago de una suma de dinero periódica. El contenido de este contrato es el que fija los derechos y obligaciones de las partes y se encuentra, regularmente,

establecido en un reglamento de prestaciones que acepta el beneficiario al momento de la incorporación.

Una de las características relevantes del contrato de Medicina Prepaga es que está encuadrado dentro de los denominados “de adhesión” o “por adhesión”, donde una de las partes realiza una contratación en masa estableciendo un contenido prefijado para todos los contratos de un mismo tipo o plan.

Los derechos y obligaciones del afiliado o beneficiario están prefijados por la empresa en el reglamento aludido, donde se establecen las obligaciones que se asumen y las prestaciones que se excluyen.

Este tipo de contrato está destinado a cubrir un valor trascendental como es la salud. Esta circunstancia, unida a la calidad del contrato de adhesión, ha llevado a una tendencia legislativa a ampliar el cúmulo de obligaciones asumidas por la entidad de Medicina Prepaga, extendiéndolas más allá de las obligaciones pactadas en la convención, e incluso obligando a la empresa a brindar las que fueron expresamente excluidas de la cobertura comprendida.

Asimismo hay que tener en cuenta que la enumeración que hace la ley 24901 de las prestaciones contempladas es meramente enunciativa y no taxativa; esto significa que, por analogía, existen otras prestaciones imprescindibles para el tratamiento del niño, adolescente o adulto discapacitado que si bien no están expresamente explicitadas también tendrán cobertura. Esto es así porque desde el año 1997 a la actualidad surgieron (y seguirán surgiendo) nuevas modalidades de prestación que en el momento de la sanción de la ley no se conocían.

Ya sabemos que todo esto rige para todas las obras sociales nacionales, pero el interrogante se plantea respecto de las empresas de medicina prepaga.

En un principio, Unos meses antes de que fuera sancionada la ley 24901. 72, el Congreso de la Nación dicta la ley 24754. 73, la cual establece que las empresas o

entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistencial, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455 y sus respectivas reglamentaciones. Las leyes 23.660 y 23.661 instituyen el “Sistema Nacional de Seguro de Salud”, y son normas que rigen el accionar de la totalidad de las obras sociales nacionales y de aquellas obras sociales de otras jurisdicciones que se adhieran al sistema, es decir, de las provincias que se adhieran a la ley; y la ley 24.455 es la que establece la obligatoriedad de cobertura dentro del Plan Médico Obligatorio de prestaciones especiales, tales como tratamientos oncológicos, tratamientos relativos al virus HIV, prevención de adicciones, entre otros. La ley 24.901 no fue incluida en la enumeración de normas que efectuó la ley 24.754 por la sencilla razón de que se dictó con posterioridad y, obviamente, jamás podría haber aparecido en el texto de una norma anterior. Pero ello no quiere decir que la empresa prepaga quedaría liberada de la obligación de brindar cobertura a los discapacitados. Si la prepaga debía cubrir todo aquello a lo que está obligada una obra social y la obra social está obligada a cubrir todas las prestaciones que establece la ley 24.901, las empresas de medicina prepaga también deberían cubrir éstas prestaciones, y con el mismo alcance que se establece para obras sociales, es decir que tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

Por lo tanto, si bien la ley 24.901 no incluye expresamente a las

Empresas de Medicina Prepaga entre los obligados a dar la cobertura de la ley a sus beneficiarios, existen sólidos argumentos que permiten afirmar que se encontrarían obligadas, como las obras sociales, a la cobertura de discapacidad.

La postura afirmativa sostiene que:

1.- La ley 24754. 74 determina en su único artículo que las Empresas de

Medicina Prepaga se encuentran obligadas a dar la misma cobertura que las obras sociales. Por otra parte, la Corte Suprema ha declarado la constitucionalidad de la ley 24.754, cuestionada por las Empresas de Medicina Prepaga, en el caso “Hospital Británico de Buenos Aires c. Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social) s/amparo” (recurso de hecho H.90.XXXIV, sentencia del 13/03/2.001, JA, 2.001-III380).

De ello podría concluirse que la cobertura de discapacidad, al ser obligatoria para las obras sociales, también lo es para la medicina privada.

2.- En sus fallos, la Corte Suprema afirma que el Estado nacional es garante del derecho a la preservación de la salud –incluso a través de acciones positivas “sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las empresas de medicina prepaga”. Así se ha expresado en el caso “Campodónico de Beviacqua, Ana C. c. Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neo plásticas s/recurso de hecho (causa 823.XXXV, del 24/10/2.002, JA, 2001-I-404) y en autos “Monteserin, M 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) s/recurso de hecho (M.375.XXXVI, sentencia del 16/10/2001, JA, Semanario 04/04/2002).

De estas causas se desprende que la Corte Suprema, en cuanto al derecho a la salud y desde su función social y sus obligaciones prestacionales, no establece marcadas diferencias entre obras sociales y Empresas de Medicina Prepaga.

3.- Las Empresas de Medicina Prepaga, a diferencia de las Obras

Sociales, podían determinar y modificar el valor de su cuota y esto le permitía regular sus necesidades financieras.

El ingreso de las obras sociales por aportes obligatorios es determinado por la ley, y las mismas no pueden modificarlo, aunque se alteren las circunstancias socioeconómicas. En cambio, las Empresas de Medicina Prepaga podían modificar el valor de los planes prestacionales adecuándolos a las necesidades de las mismas.

La ley 26682.75, que establece el marco regulatorio de medicina prepaga nos brinda claridad y precisión a los interrogantes planteados en lo referente a los puntos precedentes. Respecto a la cobertura dicha norma establece en su artículo 7°

Que las empresas de medicina prepaga deben cubrir como mínimo el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

En lo referido a la modificación de los valores de las cuotas, dicha norma en el artículo 5° inciso G establece que la autoridad de aplicación deberá autorizar y revisar los valores de las cuotas que propusieren las empresas de medicina prepaga.

4.- La cobertura a personas con discapacidad por parte de las Empresas de Medicina prepaga debe brindarse aún cuando ella esté expresamente excluida de la contratación.

El contrato de prestación médica es típicamente un contrato de adhesión, con cláusulas impuestas por el prestador del servicio en forma de plan o reglamento. Por lo tanto, su alcance debe ser analizado en el marco de la ley 24.240 de Defensa del Consumidor, particularmente en cuanto a la interpretación a favor del consumidor y respecto de las cláusulas abusivas a las que hace referencia el art. 37 de dicha norma.

Por ejemplo los casos de discapacidades de origen genético desconocidas por las personas, el nacimiento de un niño con síndrome de Down o aquellas producidas con posterioridad a la contratación (Ej. accidente de tránsito que provoca una discapacidad) son casos en donde la Empresa de Medicina Prepaga no podrá rechazar la cobertura.

Por otra parte, al ser la discapacidad una problemática que afecta el 10%, en promedio, de la sociedad humana (según la Organización Mundial de la Salud), la cobertura de ésta debe ser al menos evaluada por las empresas cuyo fin es cuidar la salud de la persona.

Pero también existen argumentos por la negativa, y ellos son:

1.- El art. 7º de la ley 24.901, en su inc. a) establece que para los beneficiarios de las obras sociales nacionales las prestaciones de discapacidad se financiarán con recursos provenientes del fondo de redistribución del art. 22 de la ley 23.661.

Las Empresas de Medicina Prepaga no aportan a este fondo de redistribución ni participan del sistema de obras sociales y por ello no serían beneficiarios de la financiación de la ley. Sin embargo, hay que tener en cuenta respecto de la financiación que el valor de la cápita promedio de las Empresas de Medicina

Prepaga es muy superior que la de las obras sociales, es decir, el ingreso que perciben de cada uno de sus asociados es mucho mayor al monto que percibe

la obra social por cada afiliado, por lo que podría financiarse la discapacidad sin necesidad del recupero de un seguro como el APE (Administración de

Programas Especiales).

3.- Otro de los argumentos, en este caso de derecho privado, es el principio de respeto a los contratos privados y la libertad de contratar. Se sostiene que la empresa de medicina prepaga puede contratar o no con quien desee, y además podría limitar su cobertura de salud. Sin embargo, la Corte Suprema de Justicia en los últimos años ha tenido una pacífica jurisprudencia respecto del carácter de garante del Estado

Nacional de la salud de los habitantes, sin perjuicio de las obligaciones de los otros actores del sistema –entre los que se encuentran las empresas de medicina prepaga- y se ha mostrado poco adepto a aceptar la reducción de la cobertura, aun de empresas

privadas. Así se ha expresado en autos “E., R.E. c. Ominit S.A. de Servicios s/amparo (recurso de hecho E.34.XXXV, del 13/03/2001) y en el ya citado “Hospital Británico c. Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social) s/amparo”, sosteniendo el carácter de interés social de la cobertura de salud, y en la confrontación entre el derecho a comerciar y el derecho a la salud, se inclina por éste último.

4.3 Obras Sociales locales

Existe un Sistema Nacional del Seguro de Salud al que obligatoriamente pertenecen la totalidad de las obras sociales nacionales. Las obras sociales locales, que se rigen por la normativa de una determinada provincia, no pertenecen al Sistema del Seguro de Salud, a menos que se adhieran al mismo.

El inconveniente que esto representa es que las leyes 23660. 77, 23661. 78 y 24901. 79, que en su juego prevén la “cobertura integral” de las personas con discapacidad, disponen expresamente que se aplican a los Agentes del Sistema de Salud.

Entonces, si las obras sociales no pertenecen al mencionado Sistema, no se les aplican las leyes referidas y, por lo tanto, las personas con discapacidad pertenecientes a ellas no tendrían una “cobertura integral”.

En nuestro país 17 provincias han adherido a la ley 24.901, entre ellas nuestra provincia de San Luis.

Pero adherir a la ley 24.901, sin que la obra social provincial adhiera a las leyes 23.660 y 23.661 implica no contar con la financiación de la ley 24.901, que establece que las prestaciones de los beneficiarios discapacitados se financiarán con el fondo de redistribución que prevé la ley 23.661. Esto significa que aunque haya adherido a la ley 24.901 no adhiere al sistema de financiación de la misma, por lo que la situación de la provincia es una adhesión meramente formal, sin el contenido financiero necesario. Esto constituye una situación de discriminación para aquellos beneficiarios de los sistemas provinciales (generalmente empleados públicos y docentes).

4.4 El Estado Nacional

Como comentáramos anteriormente, se han introducido grandes modificaciones en éste punto. La ley 22431. 80 dispone que el Estado, a través de sus organismos dependientes, tiene la obligación de brindar a los discapacitados, en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan o los entes de la obra social a la que estén afiliados no puedan afrontarlos, los servicios relacionados con la discapacidad.

Es decir que las obligaciones de las obras sociales resultan subsidiarias – en principio- a que los demás que enumera no puedan afrontarlas.

Pero a partir del año 1997 las obras sociales son las primeras obligadas a brindar la cobertura, ya que la ley 24901. 81 establece que las mismas tendrán a su cargo con carácter obligatorio las prestaciones básicas enunciadas en la ley que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

Por lo tanto coloca en primer lugar a las obras sociales, y el art. 3º82 modifica la ley 22.431 y declara que el Estado, a través de sus organismos dependientes, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, las prestaciones de discapacidad, en la medida en que aquéllas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas.

Asimismo, la ley 24901 en su art. 4. 83, dispone que aquellas personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán igualmente derecho a acceder a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la ley, a través de los organismos dependientes del Estado.

Es decir, se establecen dos sistemas: quien sea beneficiario de obras sociales, deberá reclamarlo de éstas. Quienes no tengan cobertura social, será el Estado nacional el principal obligado, en la medida en que no pueda hacerlo el discapacitado o las personas encargadas de él.

Si bien la ley menciona al Estado, no se refiere sólo al Estado Nacional, sino además a los estados provinciales que hayan adherido a la ley 24.901, y así lo establece

expresamente la reglamentación; además establece como únicos requisitos para acceder a las prestaciones a través de los organismos del Estado que la persona con discapacidad carezca de cobertura y además no cuente con recursos económicos suficientes y adecuados.

Por lo tanto bastará para que el Estado nacional o provincial esté obligado que el discapacitado o la persona de quien dependa declare y acredite no poder afrontarlo.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha ido definiendo los alcances de las obligaciones del Estado Nacional con las personas con discapacidad.

En junio de 1996 nace un niño cordobés llamado Adelqui Santiago Beviacqua con un grave padecimiento en su médula ósea que disminuye sus defensas inmunológicas, llamado enfermedad de Kostman, cuyo tratamiento depende de una medicación especial. La droga le era suministrada sin cargo por el Banco Nacional de Drogas Antineoplásticas dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social hasta el día 2 de diciembre de 1998, fecha en que ese organismo le comunica a sus padres que entregaba el fármaco por última vez. Frente al peligro de la interrupción del tratamiento médico, la madre del niño interpone un recurso de amparo que llega por la vía del recurso de hecho a la Corte Suprema.

Tanto en primera instancia como en la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba se condenó al Estado Nacional con el argumento de que hacer caer esta responsabilidad en la Obra Social o en la autoridad pública local resultaba incompatible con las obligaciones primarias puestas a cargo del Estado Nacional como “garante” del sistema de salud. Como dato de hecho, es necesario aclarar que la obra social Ospedyc a la que pertenecía la actora se encontraba en convocatoria de acreedores y por ello la Asociación de Clínicas y Sanatorios del Sur de Córdoba (Aclisa) había suspendido el convenio que tenía con ella y la entidad privada Córdoba Farmacéutica Coop. Ltda. Que a su vez había rescindido su con trato con ésta última, por lo que sus afiliados (entre ellos el actor) se encontraban sin la debida cobertura médica y asistencial.

Sobre la base de éstos hechos la Corte afirma que:

“1. El principio de actuación subsidiaria que rige en ésta materia se articula con la regla de solidaridad social, pues el Estado debe garantizar una cobertura asistencial a todos los ciudadanos, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica (art. 1 ley 23.661), y por ello impone su intervención cuando se encuentra superada la capacidad de previsión de los individuos o pequeñas comunidades...”

“2. Frente a la actuación deficiente de la entidad médica sindical, la situación de precariedad laboral y económica de la familia y el estado de extrema urgencia que reviste el suministro del remedio requerido, es el Estado Nacional – mediante el Ministerio demandado- el que debe intervenir subsidiariamente para dar adecuada tutela a los derechos del menor, sin perjuicio de que efectúe los trámites necesarios para lograr que esa asistencia sea realizada de modo regular y efectivo por los organismos que correspondan”.

“3. A partir de lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22 de la Ley Suprema), ha reafirmado en recientes pronunciamientos el derecho a la preservación de la salud –comprendido dentro del derecho a la vida- y ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga (Fallos 321:1684 y causa A. 186 XXXIV “Asociación Benhalensis y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social –

Estado Nacional s/amparo ley 16.986” del 01/06/2000)... Los Estados partes se han obligado “hasta el máximo de los recursos” de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en dicho tratado (art. 2 inc. 1)”.

“4. El niño se halla amparado por las disposiciones de la ley 22.431 de “protección integral de las personas discapacitadas” –a que adhirió la provincia de Córdoba- y ello

obliga también a asegurarle los tratamientos médicos en la medida en que no puedan afrontarlos las personas de quienes depende o los entes de la obra social a los que esté afiliado (conf. Certificado de fs. 6; arts. 1º, 2º y 4º, ley 22.431 y ley provincial 7008), lo cual corrobora la sinrazón del actor de la autoridad pública que amenazó con grave riesgo sus derechos a la vida y a la salud... En cuanto a la objeción basada en el art. 121 de la Constitución Nacional, aparte de que ese planteo importa invocar agravios de terceros, la apelante no ha demostrado que la decisión de mantener el tratamiento afecte el principio de federalismo o ponga en crisis las facultades reservadas por los gobiernos locales en la organización del sistema de salud. No obstante ello, este pronunciamiento ha dejado establecida la responsabilidad que cabe también en esta materia a las jurisdicciones provinciales”.

(“Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c. Ministerio de Salud y Acción Social – Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas s/recurso de hecho”, causa 823.XXXV, CSJN, 24/10/2000)

Un año después de dictado el fallo Campodónico, en octubre de 2001 la corte Suprema reafirma su postura en un caso similar. Marcelino O. Monteserin se presenta en representación de su hijo Nahuel Santiago que padece una parálisis cerebral con compromiso psico-motriz y retardo cerebral y que carece de cobertura alguna reclamando al Estado Nacional (a partir de la sanción de la ley 24.901) los beneficios de la misma. El demandado en éste caso es la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas – Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad.

Tanto en primera instancia como en la Cámara Federal de Apelaciones de Rosario (Sala B, Civil) la demandada es condenada y recurre a la instancia extraordinaria con los siguientes agravios: a) que fue condenada a prestaciones que no están a su cargo (menciona que el ente obligado es el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad) y que por ello carece de presupuesto para satisfacer las pretensiones del actor, y b) que el actor no probó ser

beneficiario del sistema (ya que no acompañó en la demanda el certificado de discapacidad).

Frente a estos planteos, la Corte Suprema sostuvo:

1. Carece de relevancia qué órgano del Estado Nacional es el responsable de brindar la asistencia requerida por el actor para su hijo menor, pues lo fundamentales, en el régimen legal, que aquél debe asistirlo y, para ello, la ley determina la forma de financiar tales actividades (en el caso, la prevista en el art. 7, inc. e), sin que pueda servir de excusa para incumplir con el mandato legal, la pretendida alegación –no demostrada, por otra parte, de falta departida presupuestaria-. Lo expuesto, claro está, en modo alguno impide que el Estado nacional, si corresponde, recupere los costos que le insuma la atención del menor, por las vías pertinentes de quién, en definitiva, resulte obligado a afrontarlas financieramente... de la responsabilidad que debe asumir el Estado nacional en la asistencia y atención del niño discapacitado no cabe sustraerse en razón de demoras contingentes en la puesta en funcionamiento del respectivo sistema sanitario en las provincias.

2. Del modo en que han quedado planteadas las cuestiones, corresponde señalar en primer lugar que durante el trámite de la queja ante este tribunal, el aludido Servicio de Rehabilitación y Promoción de las Personas con Discapacidad constituyó una junta médica que ratificó el diagnóstico de parálisis cerebral que padece el niño y expidió el certificado de discapacidad requerido en las leyes 22.431 y 24.901 –arts. 3° y 10, respectivamente-, lo que habilita a recibir atención sanitaria y los servicios allí detallados que deben prestarse para su recuperación. (“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 s/Recurso de hecho”, M.375.XXXVI, del 16/10/2001) La Corte Suprema condena al Servicio Nacional de Rehabilitación a otorgar la prestación reclamada. En este fallo el Alto Tribunal nuevamente reitera que el Estado

Nacional debe garantizar estos derechos a través de acciones positivas manteniendo su doctrina anterior.

Más recientemente, en el caso “L., G. B. y otros c. Estado Nacional”

(L.1153.XXXSVIII, fallo del 15/06/2004 interviniendo la Cámara Federal de la

Seguridad Social, sala I, y en primera instancia el Juzgado Federal de Primera Instancia de la Seguridad Social nro. 7) la Corte ha tenido oportunidad de confirmar esta doctrina, aunque modificando algunas de las condiciones de procedencia que había sostenido hasta ese momento. En este caso, el beneficiario es también un niño discapacitado, pero ya no de una situación social igual a los casos anteriores (ambos padres son abogados en ejercicio de la profesión), pero sí en el marco de una situación de carencia económica que imposibilitaba a los actores hacerse cargo del costo de la cobertura del menor.

En esta oportunidad el Máximo Tribunal ha dicho que: “...debe tenerse en especial miramiento, de un lado, que la atención y asistencia integral de la discapacidad, como se ha explicado en las leyes antes referidas y en jurisprudencia de V.E. que pone énfasis en los compromisos asumidos por el Estado Nacional en esta materia, constituye una política pública de nuestro país; y de otro, que lo decidido compromete el interés superior de un discapacitado, que al inicio de éstas actuaciones era además, menor de edad, y que la Convención sobre los Derechos del Niño –citada por el juzgador en la sentencia impugnada-, encarece su tutela elevando aquel “interés superior” al rango de principio. Conviene recordar asimismo que los menores, con quienes en este aspecto corresponde equiparar a los discapacitados, a más de la especial atención que merecen de quienes están directamente obligados a su cuidado, requieren también la de los jueces y de la sociedad toda, siendo que la consideración primordial del interés del incapaz, viene tanto a orientar como a condicionar la decisión de los jueces llamados al juzgamiento de estos casos” (del dictamen del procurador).

Este fallo resulta novedoso ya que incorpora el concepto de compromiso del Estado Nacional en una “Política Pública” a través no sólo de la suscripción de los tratados internacionales, también citados en los demás fallos, sino además que dichos tratados deben ser interpretados como políticas públicas del propio Estado. De estos fallos se desprende que en los últimos años la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reiterado su doctrina respecto de la obligación del Estado Nacional de “garantizar” el acceso efectivo a la salud, y en particular a las personas discapacitadas.

La Corte impuso al Estado nacional un “deber de garantía” respecto de los derechos esenciales, particularmente al derecho a la preservación de la salud, comprendido dentro del derecho a la vida, y en este sentido remite a la doctrina de un importante fallo anterior (“Asociación Benghalensis y y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social – Estado Nacional s/Amparo ley 16.986” Fallos 321:1684 y causa A.186.XXXIV, sentencia del 01/06/2000) en el que declara la obligación del Estado

Nacional de proveer a los enfermos de sida la medicación antiviral.

La Corte Suprema de Justicia determina que el Estado Nacional siempre está obligado a garantizar el derecho a la salud, principalmente cuando los demás actores del sistema no pueden afrontar los gastos que puede originar el ejercicio de dicho derecho y, conforme con la reforma de 1994 de la Constitución Nacional, determina que la forma de hacerlo es a través de las “acciones positivas”. Esto le impone al Estado Nacional un rol activo, reclamando políticas concretas de acción positiva.

CAPÍTULO V

Financiamiento de las prestaciones

5.0 Administración de Programas Especiales (APE)

Ya hemos analizado en capítulos anteriores cuales son aquellas prestaciones a las que tienen acceso las personas con discapacidad, y que deberán ser brindadas por parte de los agentes de salud cuando ellas sean requeridas por sus afiliados discapacitados. En este capítulo abordaremos el tema relativo al origen de dichos fondos.

A lo largo del trabajo se ha mencionado en reiteradas oportunidades esta sigla: APE, por ello en este punto pasaremos a explicar el sentido y alcance de su existencia, como también cuál es su objeto, ya que está íntimamente relacionado con el tema a tratar en éste capítulo.

La APE (Administración de Programas Especiales) fue creada como organismo dependiente del Ministerio de Salud. Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Dentro de los objetivos de su creación se encuentra el de administrar recursos afectados al apoyo financiero de las patologías de alto impacto económico, o aquellas crónicas que demanden una cobertura muy prolongada en el tiempo. Son las denominadas prestaciones “de alto costo y de baja incidencia”, como el sida, los tratamientos oncológicos, determinados medicamentos, los trasplantes, etc., y entre ellos, las prestaciones de discapacidad.

5.1.1 Fondo Solidario de Redistribución La APE desarrolla su gestión utilizando los recursos provenientes del “Fondo Solidario de Redistribución”.

Los trabajadores aportan para su cobertura de salud el 3% de sus haberes, en tanto que las patronales contribuyen con el 5%. Estos porcentajes conforman la recaudación de la seguridad social.

Un porcentaje de la recaudación se destina al Fondo Solidario de

Redistribución, el cual se integra de la siguiente manera:

10% de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales sindicales, de los beneficiarios cuya remuneración no supera los \$ 1000.

15% de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales sindicales, de los beneficiarios cuya remuneración supera los \$ 1000.

15% de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales del personal de dirección y las asociaciones profesionales de empresarios, de los beneficiarios cuyos haberes no superan los \$ 1000.

20% de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales del personal de dirección y las asociaciones profesionales de empresarios, de los beneficiarios cuyos haberes superan los \$ 1000.

Este fondo funciona como un reaseguro que impide que el impacto económico por la atención de alta complejidad –entre ellas las prestaciones de discapacidad- en las Obras Sociales de menores recursos desborden sus posibilidades de cobertura.

Es “solidario”, porque se destina prioritariamente a la necesidades del sector sin importar si aquel que lo necesita aporta menos que otro que recibirá otra prestación con posterioridad, si lo necesita, o quizá nunca. Y es “redistributivo” porque no hay distinción de fondos, porque vengan de una obra social u otra, conforman una suerte de “pozo común”.

Todos los entes de salud, sean obras sociales sindicales, las obras sociales de la administración central del Estado Nacional, las obras sociales empresariales, las del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de Seguridad,

Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal, etc. (de acuerdo con lo establecido en ley 23660. 84,) son beneficiarias de este Fondo. Esto implica que, trámite administrativo mediante que deben entablar con la APE, pueden requerir financiamiento para subsidiar aquellos tratamientos con fuerte impacto económico.

Entonces, y a modo de síntesis, el “Fondo Solidario de Distribución podemos definirlo como aquel administrado por la Administración de Programas Especiales (APE), organismo que funciona dentro del ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, y que se integra con recursos provenientes de los aportes y contribuciones a las obras sociales. Pero ¿cómo funciona éste mecanismo en el área específica de la discapacidad? Dentro del marco de la APE se dictó la res. 400/1999. 85, que establece el “Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”. En la misma se establece que, teniendo en cuenta que la ley 24901. 86 obliga a las obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud a dar cobertura integral a las personas con discapacidad, beneficiarias del mencionado sistema, y que dicho apoyo financiero provendrá prioritariamente del Fondo Solidario de Redistribución que la propia APE administra, se hace necesario crear un Programa de Cobertura especial para garantizar que todas y cada una de ellas serán financiadas y sostenidas.

Dicha resolución, junto con la res. 428/1999 MSyAS87 detallan puntualmente los niveles de atención contemplados, y cada uno de estos módulos tiene fijado su población beneficiaria, modalidad de cobertura y un costo que a su vez varía según la categorización obtenida por cada institución (A, B o C) en atención a la calidad de prestación.

Si el costo de la prestación es mayor al fijado en las citadas resoluciones, la diferencia la deberá cubrir la obra social, es decir, la obra social no puede trasladar esta diferencia al

beneficiario, como tampoco puede imponer un límite de cobertura tomando en cuenta el valor del módulo.

5.2 Requisitos para acceder al financiamiento de la APE

Por otra parte, la resolución 400/1999 APE88 establece los requisitos y procedimiento que todo agente de salud que pretenda ser financiado por medio del Fondo Solidario de Redistribución, debe seguir. Es decir que se establece el mecanismo a través del cual las obras sociales o prepagas requerirán apoyo económico de la APE cuando alguno de sus afiliados presente una patología de alto costo o larga duración, como es el caso de la discapacidad.

Lo curioso de este mecanismo es que la propia obligada a dar este apoyo financiero (la APE), y no con fondos propios precisamente sino con lo recaudado de los propios aportes a las obras sociales como explicáramos anteriormente, puede desobligarse de dicho compromiso (o al menos es lo que intenta con la redacción de la mencionada resolución).

Los medios por los cuales la APE intenta desobligarse del financiamiento, y que están contemplados expresamente en la resolución ut supra referida son los siguientes:

I.- La solicitud de apoyo financiero o subsidio deberá ser presentada por escrito y suscripta por el representante legal de la entidad solicitante.

Es decir que el afiliado presenta su caso frente a su obra social y ésta es la que se ocupa de elevar la solicitud a la APE, por escrito.

II.-La solicitud (de apoyo financiero) deberá iniciarse con una serie de declaraciones expresas de aceptación, formuladas por la obra social, entre las que se destacan las siguientes:

1.- La obra social reconoce que el apoyo financiero peticionado, no es obligatorio para la Administración de Programas Especiales, que ésta podrá otorgar según las posibilidades

presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia... La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor de la obra social.

Es absolutamente arbitrario y además incoherente que quien está compelida por ley a subsidiar una prestación de salud pueda ser quien decida a su libre albedrío si la presta o no.

Y además ¿Cuál es el criterio para decidir si una prestación se cubre o no? ¿A qué se refiere con las cuestiones de oportunidad, mérito y conveniencia?

¿Tendrá que ver con que la obra social cumpla o no con los requisitos administrativos y burocráticos del llenado de formularios, autorizaciones, etc.? Si ello es así, aquel beneficiario que esté afiliado a una obra social “ordenada y prolija” gozará de salud, y en cambio, aquel que se encuentre afiliado a una obra social desordenada e incumplidora no podrá obtener las prestaciones que necesite. Es totalmente absurdo e “ilegal”, porque en nuestro ordenamiento jurídico una ley está por encima de un decreto, y éste por encima de una resolución, y así sucesivamente.

Entonces, la resolución de la Administración de Programas Especiales

(APE) tiene rango inferior a la ley 23660. 89 y 23661. 90 que regulan el funcionamiento del Fondo Solidario de Redistribución, y la APE no puede contradecir con una normativa propia lo que establecen estas leyes.

2.- La obra social reconoce que es la única obligada frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la Administración de Programas Especiales de toda responsabilidad. Es decir que el afiliado no tiene relación alguna con la APE, la única relación contractual es afiliado-obra social. Además -como se explicaba en el punto anterior- la APE puede denegar el financiamiento de la prestación y la obra social no puede exigir el mismo.

3.- La obra social asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la Administración de Programas Especiales por motivo del pedido de apoyo

financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto de que, en sede judicial, se determinara la responsabilidad del sistema.

Nuevamente la APE deslinda en el agente de salud la responsabilidad por incumplimientos que la misma Administración realice.

4.- La obra social acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda tramitación es materia exclusiva de la obra social, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones ser canalizadas a través de la obra social, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la Administración de Programas Especiales, sin excepción.

Esta es la razón por la cual las obras sociales rechazan los pedidos de cobertura aduciendo que “la APE no gira los fondos correspondientes”, lo cual es una verdad a medias, porque el afiliado jamás debe soportar los costos, -y menos con su salud o su vida- de un sistema inicuo, perverso, que tiende más al desamparo que a la protección y, lo que es peor aún, se pretende deslindar de la responsabilidad.

5.3 Modificaciones introducidas por la resolución 6080/2003 APE

Tenemos entonces la res. 400/1999. 91 de la Administración de Programas Especiales, que establece el Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con el objeto de dar apoyo financiero a los agentes de salud, estableciendo las condiciones de los módulos prestacionales y su alcance.

Dicha resolución contiene tres anexos, de los cuales el primero instruye a las obras sociales acerca del procedimiento administrativo que deben seguir al momento de presentar las correspondientes solicitudes de apoyo financiero.

El segundo anexo tiene por fin establecer normas generales relativas a las prestaciones a brindarse, aclarando y complementando cualquier vacío legal que pueda surgir de la ley de fondo.

Por último, el tercer anexo establece los diferentes niveles de atención para las distintas prestaciones y otorga a las mismas un valor en dinero, que sería el tope máximo a financiar por la APE a los agentes de salud.

Pero en el mes de septiembre del año 2003, esta resolución es modificada por la res.6080/2003 APE92.

Varios fueron los motivos que llevaron a ésta modificación. En primer lugar, el dictado de las resoluciones 36/2003. 93 y 271/2003. 94 del Ministerio de Salud. La primera de ellas aumenta los valores de la mayoría de las prestaciones taxativamente estipuladas por res. 428/1999 MSyAS95 en casi un 50%, y la segunda lo hace respecto de la prestación transporte especial.

Asimismo incidió el aumento de los precios de los insumos operado a partir de la salida de la convertibilidad. Por último, a partir de la sanción de la ley 25730. 96 por la que se prevé un nuevo fondo para el financiamiento de Programas para personas con discapacidad, resulta factible el financiamiento del aumento establecido.

Esta ley es la denominada “Nueva ley de cheques” que, juntamente con el decreto

1277/03. 97, reestableció el mecanismo de derivar las multas impuestas a los libradores de cheques que giran en descubierto a un fondo especial para atender a programas y proyectos a favor de personas con discapacidad que tengan como finalidad la prevención, la rehabilitación integral y/o la equiparación de oportunidades. Por todas estas razones las obras sociales se vieron obligadas a cubrir mayores costos y, al ser la APE quien debe subsidiar a los agentes de salud en todos aquellos aspectos relacionados con la atención prestacional, era justo que se elevaran esos valores de financiamiento.

Las modificaciones impuestas son las siguientes:

Exige que la discapacidad se certifique de acuerdo a lo establecido en la ley 24.901. 98 (antes podía ser extendido por autoridad nacional o provincial competente).

Se modifican íntegramente los anexos II y III. Los nuevos anexos traen como novedad los siguientes puntos:

Desde siempre, el agente del seguro de salud debía presentar en el expediente por el cual tramitaba el subsidio, copia de la historia clínica del paciente confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa del tratamiento a realizar, debiendo estar auditada por el médico auditor del agente de salud solicitante, quien autorizaba la realización del mismo. A partir de ahora, además, el inicio del tratamiento deberá efectuarse a posteriori de la prescripción médica y una vez que el médico auditor autorice el tratamiento.

También desde siempre, los beneficiarios debían certificar su discapacidad previamente a recibir atención. La novedad es que la nueva resolución establece expresamente que no se otorgarán subsidios en el caso de que el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación. La denegación del subsidio es por los períodos anteriores a la fecha de emisión del certificado.

Exige que la obra social presente un informe circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario, en forma periódica (normalmente, de manera semestral o anual).

Exige incorporar al expediente la constancia de inscripción del prestador en el Registro Nacional de Prestadores (que lleva la Superintendencia de Servicios de Salud). La APE no pagará subsidios por prestaciones efectuadas por prestadores no registrados.

Respecto de las prestaciones de carácter educativo, se cubrirán hasta once (11) meses (incluido el concepto de matrícula). Asimismo, las prestaciones brindadas en la modalidad de Centro Educativo Terapéutico, serán cubiertas los doce (12) meses del año. Con respecto a éstas prestaciones, hubo numerosos reclamos ante la Superintendencia de Servicios de Salud sobre la interrupción del servicio durante los dos meses del verano (enero y febrero), por lo que ésta modificación vino a remediar dicha situación.

Desde siempre, los montos de las prestaciones ambulatorias de jornada doble, incluían el almuerzo y una colación diaria. La novedad es que los presupuestos que se adjunten deberán especificar si incluyen o no el almuerzo y la colación diaria, bajo apercibimiento de no dar trámite a la solicitud.

Se establece que la APE efectuará auditorias en terreno de los distintos establecimientos con carácter periódico.

Esta normativa interesa principalmente a las autoridades de los distintos agentes de salud ya que, de no cumplimentar los requisitos, la APE denegará el apoyo financiero.

Pero es importante que el afiliado las tenga en cuenta también ya que, a la hora de solicitar la cobertura correspondiente, la obra social requerirá toda la documentación necesaria para poder formar esta suerte de “legajo” de cada afiliado, que le permitirá posteriormente percibir los reintegros de la APE.

Asimismo, podrá exigir de los prestadores, que estén inscriptos en el registro de prestadores del Ministerio de Salud de la Nación, lo que los habilitará a funcionar como tales.

Esta inscripción garantizará al beneficiario discapacitado una mayor calidad en la prestación, lo que le permitirá contar con mejores servicios, ya que periódicamente estarán sujetos a auditorías externas, que efectuarán las obras sociales, como así también de la APE.

2. El financiamiento en la ley 24.901

El art. 7º de la ley 24901. 99 se ocupa de determinar cómo serán financiadas las prestaciones que deben ser brindadas a los beneficiarios de dicha disposición legal.

Conforme este artículo, cada grupo de beneficiarios tendrá su propio medio de financiamiento, y los agrupa de la siguiente manera:

1.- El primer grupo de beneficiarios está constituido por los afiliados a las obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud, es decir, todos los beneficiarios de la Ley de Obras Sociales, excluyéndose a los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Sus prestaciones serán financiadas con los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución.

Esta norma ha dado lugar a múltiples interpretaciones sobre si las prestaciones son obligatorias para las obras sociales aunque la Administración de Programas Especiales (APE) no las subsidie a través de dicho fondo, o si lo son siempre y cuando sean pagadas a las obras sociales por APE. Pero lo cierto es que las prestaciones son obligatorias para los agentes del seguro (obras sociales) aun cuando no sean subsidiados por APE, ya que este subsidio es voluntario y no obligatorio para el organismo.

2.- El segundo grupo de beneficiarios son los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. El organismo responsable de este financiamiento es el Instituto Nacional de Servicios

Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) conocido por la sigla PAMI (Programa de Atención Médica Integral).

Es un ente público no estatal creado con la finalidad de dar cobertura médico-social, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario. Posteriormente se sumaron como beneficiarios los titulares de pensiones a la vejez e invalidez otorgadas por el Poder Legislativo, personas mayores de 70 años que no cuenten con obra social ni recursos propios, ex combatientes de Malvinas, madres de más de siete hijos, beneficiarios de pensiones de la república de Italia –pensiones no contributivas y pensiones graciabiles-. Pero a partir del año 1999 la cobertura médica de los titulares de estas últimas está a cargo del Programa Federal de Salud (PROFE).

La afiliación al PAMI es obligatoria, es decir, sus beneficiarios no tienen posibilidades de elegir entre distintas entidades de seguro de salud.

La mayor parte de los servicios son contratados bajo distintas modalidades con prestadores públicos o privados.

La financiación de las prestaciones, en el caso de PAMI es presupuestaria.

En nuestro país el financiamiento de las prestaciones que reciben las personas con discapacidad proviene principalmente del sistema de Obras Sociales o de la Seguridad Social (INSSJP y PROFE).

Pero estas instituciones han sufrido en el 2002 la crisis financiera más profunda de toda su historia y, si bien se han ido recuperando, aún siguen adecuándose a los nuevos costos de la medicina. Principalmente se vieron afectadas por la caída del empleo, el aumento de la contratación sin aportes al sistema y el crecimiento de los precios de los insumos. Sin embargo, la recaudación del sistema ha aumentado y se prevé que siga así.

3.- Al tercer grupo lo constituyen los beneficiarios son aquellos que, sin haber alcanzado la edad para jubilarse, se incapaciten física o intelectualmente en forma total (incapacidad laboral igual o mayor al 66 %) por cualquier causa. Estas prestaciones serán financiadas por el Fondo de Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación Laboral – previsto en el inc. 6 del art. 49 de la ley 24241. 100-.

4.- El cuarto grupo son aquellos beneficiarios de prestaciones en especie previstas en el ley 24557. 101 que tendrán dos fuentes de financiación según opten por el sistema de ART (Aseguradora de Riesgos de Trabajo) –recibirán las prestaciones indicadas por la ART en forma directa, como las recibiría de una obra social- o por el autoseguro.

5.- El último grupo son los beneficiarios de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, ex combatientes de Malvinas¹⁰² y todas aquellas personas con discapacidad no comprendidas en los anteriores incisos, serán financiadas con fondos determinados por el Presupuesto General de la Nación en la medida en que a) no fueran

beneficiarios de obra social y b) cuando las mismas o las personas de quien dependen no puedan afrontar dicha atención.

La cobertura de los beneficiarios de pensiones graciables o pensiones no contributivas por invalidez es financiada por el Programa Federal de Salud (PROFE).

La ejecución del PROFE está a cargo de la Dirección Nacional de

Prestaciones Médicas, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, con el objeto de brindar cobertura médico integral a los beneficiarios de Pensiones Graciables o

Pensiones No Contributivas otorgadas con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, cuando la hubieran obtenido con posterioridad al 1° de enero de 1999. La cobertura médica de los titulares de pensiones otorgadas con anterioridad a esa fecha continúa a cargo del INSSJP, como así también la cobertura de beneficiarios de pensiones otorgadas a ex combatientes de Malvinas.

Las pensiones no contributivas son otorgadas por la Comisión la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales (CNPA), que es un organismo creado con el objeto de otorgar algún tipo de beneficio para aquellas personas que se encuentran en condición de vulnerabilidad y que no poseen ningún tipo de cobertura médico-asistencial.

Dicho beneficio es de carácter excepcional y cubre un porcentaje mínimo de la población. Esto último obedece a varias causas. Una de ellas es que los requisitos para acceder a este tipo de beneficios son sumamente restrictivos. Entre ellos pueden citarse los siguientes:

-

En caso de pensión por invalidez, encontrarse incapacitado en forma total y permanentemente (se presume que la incapacidad es total cuando la invalidez produzca en la capacidad laborativa una disminución del 76% o más).

No estar amparado el peticionante ni su cónyuge por un régimen de previsión, retiro o prestación no contributiva alguna (jubilación, pensión, etc.)

No tener parientes que estén obligados legalmente a proporcionarle alimentos, o que teniéndolos, se encuentren impedidos para hacerlo.

No poseer bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia. El beneficio obtenido es un aporte mínimo mensual, que no es suficiente ni siquiera para satisfacer las necesidades más básicas.

De la simple lectura se observa el retroceso que significa esta normativa dentro de la legislación nacional. Esto se traduce en la exclusión del presente beneficio a numerosas personas que sí lo necesitan. Además, se somete a la persona con discapacidad a un criterio de total dependencia del grupo familiar al que pertenece.

Como consecuencia, apenas el 2% de la población con discapacidad posee el beneficio.

Por otro lado existen las Pensiones Graciables que son aquellas otorgadas por legisladores nacionales, y se llaman de este modo porque dependen de la “gracia” del legislador, que las entrega sin otro requisito que su parecer. Los fondos surgen de una partida presupuestaria anual aprobada con la ley de presupuesto.

Pero en el caso de que la persona con discapacidad resulte adjudicataria de la pensión otorgada por el Estado, ello no significa contar con la cobertura médica que brinda PROFE.

Para acceder a las prestaciones, el beneficiario debe estar afiliado al Programa Federal de Salud, y en ese caso, en su recibo de haberes se le descontará la suma equivalente al 3% del total en concepto de aporte al PROFE. Es decir, “sólo podrá utilizar PROFE cuando se afilie”.

El financiamiento de PROFE, además del aporte mensual de sus beneficiarios afiliados, proviene del Presupuesto General de la Nación.

5.4 Aranceles Vigentes

El decreto 1193/1998 PEN103 reglamentario de la ley 24.901 establece que las prestaciones que surgen de la ley citada serán normalizadas mediante el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y que será la Superintendencia de Servicios de Salud el organismo responsable de la supervisión y fiscalización de dicho nomenclador, además de la puesta en marcha de un Registro de Prestadores de Discapacidad. Poco tiempo después de sancionarse la ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” se dictaron dos resoluciones.

La primera de ellas es la Res. 400/1999 APE104, emanada de la Administración de Programas Especiales, que, como dijimos, es un organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación que administra una suma de dinero conocida como “Fondo Solidario de Redistribución” que se integra, entre otras cosas, absorbiendo un porcentaje de todos los aportes que se retienen de los empleadores y trabajadores en relación de dependencia.

Su fin fundamental es atender patologías de alto impacto económico, o aquellas crónicas que demandan una cobertura muy prolongada en el tiempo, entre ellas las prestaciones de discapacidad.

La res. 400/1999 APE aprueba el Nomenclador de Prestaciones Básicas en cumplimiento de lo normado por el art. 7º, inc. a) de la ley 24.901 que establece que para los beneficiarios del sistema de las leyes 23.660 y 23.661 la financiación de la discapacidad provendrá del Fondo de Redistribución que establece el art. 22 de la ley 23.661.

Dicha resolución establece el “Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”, definiendo y describiendo cada

una de las prestaciones enunciadas en la ley 24.901 (población beneficiaria, lugares de atención, modalidad de cobertura, etc.) y fijando el monto que por cada una de dichas prestaciones, la APE “devolverá” a las obras sociales en caso de que éstas deban erogar ese dinero para atender a un afiliado discapacitado. Esto implica que las obras sociales pueden requerir financiamiento para subsidiar aquellos tratamientos con fuerte impacto económico, entre ellos las prestaciones en discapacidad.

La segunda de ellas, es la resolución 428/1999 MSyAS105, emanada directamente del Ministerio de Salud y Acción Social, que aprueba el nomenclador de las mismas prestaciones básicas con el objeto, según surge de sus considerandos, de convertirse en una herramienta fácil para optimizar la facturación por parte de los prestadores.

Esta última resolución está íntegramente dirigida a fijar el valor de nomenclador a cada una de éstas prestaciones, valores que se adecuan a la realidad del mercado y que además se encuentran establecidos de acuerdo con la categorización que el Servicio Nacional de Rehabilitación le ha otorgado a cada prestador (categorías A, B o C), donde a mayor categorización, mayor precio.

Ambos nomencladores determinan pautas de financiamiento y subsidio para discapacidad y funcionan como “precios de referencia” del mercado de la discapacidad ya que, aunque son “topes” de financiación, en general APE subsidia por los módulos de las citadas resoluciones, las obras sociales facturan por él y los aranceles del mercado se corresponden con ellos.

Por lo tanto cuando la ley 24901. 106 hace referencia al término “integridad” quiere decir que ningún agente de salud puede negarse a brindar todas las prestaciones emanadas de la ley, que la cobertura de las mismas debe ser sin ningún tipo de limitaciones temporales, a los valores que fijan las resoluciones y con la única limitación en cantidad y calidad que la propia indicación médica del tratamiento establezca. Y ello es así porque las erogaciones son reintegradas a las obras sociales a través de la Administración de Programas Especiales (APE).

En consecuencia, el sistema de obras sociales financia a través de la APE las prestaciones de discapacidad mediante los aranceles que surgen de las resoluciones.

Esto significa que este nomenclador determina las pautas de financiamiento de la discapacidad y de alguna forma interviene en las relaciones entre prestadores y agentes del seguro de salud.

Si bien dicho nomenclador se ajustaba a la realidad económica previa a la crisis monetaria vivida por nuestro país a fines del año 2.001, luego de la devaluación del año 2002, era necesaria una actualización de dichos montos que, indudablemente, se vieron afectados por el aumento de las prestaciones y de los insumos, principalmente.

En el mes de junio de 2003, se dicta la resolución 36/2003 MSyAS107 que actualizó algunos de los rubros prestacionales, y aumentó casi en un 50% el valor de algunas de las prestaciones, fundamentalmente aquellas que se entiende sufrieron mayor impacto.

Pero esta última resolución no deroga su anterior 428/1999. 108, sino que ésta última sigue vigente para aquellos rubros que no fueron actualizados.

Las principales características y cambios de esta última resolución del

Ministerio de Salud son los siguientes:

Aumento del 48%, en promedio, de los aranceles.

Los aumentos afectaron a: Hogares, Residencias, Pequeños Hogares, Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos. También a la escolaridad primaria con formación laboral, alimentación, estimulación temprana y transporte especial.

No se aumentaron: ambulatorio y rehabilitación.

La modificación de la res. 428/1999 MSyAS109 tuvo su contrapartida en la Administración de Programas Especiales con la modificación de la res. 400/1999. 110 APE por la res. 6080/2003 APE111.

Las principales características y cambios de esta última resolución emanada de la Administración de Programas Especiales respecto de los aranceles, son: Unifica la escala arancelaria, ya que remite en cuanto al arancel, a lo normado por la res. 36/2003 MSyAS. Se establecen los pagos según la categoría del prestador (A, B o C). A partir de la fecha de vigencia de ésta reforma, el sistema de obras sociales deberá respetar la categorización otorgada al prestador por el Servicio Nacional de Rehabilitación y en consecuencia los subsidios se otorgarán conforme a los nuevos aranceles de las tres categorías.

En todos los casos, toda vez que la persona con discapacidad sea “dependiente” (es decir, la que debido a su tipo y grado de discapacidad requiera asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros) a los aranceles estipulados se les reconocerá un adicional del 35% sobre los valores establecidos en el nomenclador.

Finalmente, en el año 2005 se dicta la res. 1749/2005 MSyAS112, con el objeto de readecuar los aranceles fijados por las anteriores Resoluciones Ministeriales para algunas de las prestaciones del Sistema.

Los incrementos en los aranceles establecidos en el Anexo I de esta última normativa comenzaron a regir a partir del 1° de octubre de 2005. Desde esa fecha es obligatoria para las obras sociales, y los prestadores pueden facturar con los nuevos valores.

5.5 La ley de Cheques

En el año 1995 en nuestro país se sancionó una ley que prevé la recaudación de fondos destinados especialmente al financiamiento de programas relacionados con las personas con discapacidad, como así también las prestaciones de beneficiarios carenciados que no cuenten con una obra social.

El financiamiento estaba previsto que se realizaría a través de la ley

24452. 113 -Ley de Cheque-. En la misma se normaba una serie de disposiciones para aquellos libradores de cheques cuyas cuentas no se encontraran con fondos disponibles.

Establecía que los fondos que recaude el Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas a libradores de cheques sin fondos serían transferidos automáticamente al Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados, y el Instituto debía destinar los fondos exclusivamente al financiamiento de programas de atención integral para las personas con discapacidad.

Es decir que todo el dinero que se recaudara por multas a los libradores en descubierto integrarían un fondo común que se destinarían a diferentes programas detallados en el Anexo II.

A tal fin era indispensable la constitución de Comité Coordinador de este dinero, que debería abrir una cuenta especial para la recepción y movimiento de aquellos fondos surgidos a partir de esta norma, lo que posibilitaría a su vez, su fiscalización y control.

Así fue creado el mencionado “Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad” que funcionara en sede del INSSJP y cuyas acciones serían evaluar, seleccionar, establecer prioridades, aprobar programas y proyectos, asignar y controlar la asignación de fondos.

Con mejores o peores resultados este mecanismo comenzó a funcionar. Sin embargo, en agosto del año 2000, se sanciona una ley, denominada “Ley de Fomento para la Micro, Pequeña y Mediana Empresa”¹¹⁴. A partir del dictado de esta última normativa, aquellos fondos que se designaran a programas de discapacidad comenzarían a formar parte de otro Fondo (el Fondo Nacional de Desarrollo para la Micro, Pequeña y Mediana Empresa, “Fonapyme”), con el objeto de incentivar y dar apoyo económico a los pequeños y medianos productores. Esta situación dejó sin sustento económico a todos aquellos programas que, o bien ya formados, o a punto de iniciarse, debieron fenecer.

Esta ley efectuaba una salvedad en su art. 52. 115, estableciendo que en las futuras leyes presupuestarias se deberían incluir partidas necesarias para la ejecución de programas de discapacidad.

Esta mención no fue más que una mera declaración de principios, ya que nunca se correspondió con una efectiva provisión de fondos a partir de las leyes presupuestarias correspondientes, y como consecuencia de ello grandes programas en ejecución debieron ser suspendidos o interrumpidos definitivamente.

Finalmente, en marzo del año 2003 se sanciona la ley 25730. 116, comúnmente denominada “Nueva ley de Cheques” que restablece las sanciones para los libradores de cheques rechazados por falta de fondos o sin autorización para girar en descubierto, o por defectos formales, y establece como destino de estas multas los programas y proyectos a favor de las personas con discapacidad.

La nueva norma establece que la multa será del 4% del valor del cheque, con un mínimo de \$ 100 y un máximo de \$ 50.000, y ordena que el banco girado sea el obligado a debitar de la cuenta del librador el monto de la multa.

Establece el destino de éstos fondos, disponiendo que volverán a ser destinados para la aplicación de los programas y proyectos a favor de las personas con discapacidad. Asimismo determina que los mismos serán administrados por el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad.

Con fecha 23 de mayo de 2003, por decreto 1277/2003 PE117, se crea el “Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad”, que tiene como objetivo principal destinar los fondos recaudados por aplicación de la Ley de Cheques al financiamiento de Programas y Proyectos a favor de las Personas con Discapacidad que tengan como finalidad la prevención, la rehabilitación integral y/o la equiparación de oportunidades.

El Fondo creado por éste último decreto se constituirá con los siguientes aportes:

Con los fondos recaudados por aplicación de la ley de cheques.

Con los legados y/o donaciones de personas y/o instituciones privadas nacionales o extranjeras.

Con los fondos provenientes de organismos internacionales, tanto públicos como privados.

Con los fondos recaudados por aplicación de la ley 24452. 118 por asignaciones de recursos no utilizados, o de planes que hubieran caducado, o que hubieran sido cancelados, o con devoluciones de recursos que hubieran sido adjudicados en exceso por cualquier causa.

Con los demás fondos que las leyes especiales destinaren al mismo. Dicho dinero será depositado en una cuenta bancaria a nombre de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas. Los fondos que se recauden a través de la Ley del Cheque tendrán los siguientes objetivos:

a) Programas destinados a la implementación de la ley 24.901,

Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

b) Programas destinados a favorecer la autonomía de las personas con discapacidad.

c) Programas que favorezcan la prevención de deficiencias y discapacidades, detección precoz y atención temprana.

d) Programas de accesibilidad al medio físico y comunicacional.

e) Programas alternativos de contención social.

f) Programas de promoción de la educación integrada en todos los niveles.

g) Programas de inserción laboral en el ámbito protegido y abierto.

- h) Programas que favorezcan la integración y participación de las personas con discapacidad en las actividades artísticas, recreativas y deportivas.
- i) Programas de incentivo a la investigación y desarrollo sobre la temática de la discapacidad.
- j) Programas destinados a compensar, mientras dure la emergencia, los incrementos en las prestaciones que se financian de acuerdo con lo establecido la ley 24.901.
- k) Programas de apoyo a centros y servicios de rehabilitación.
- l) Programas de atención a la situación de emergencia crítica de las personas con discapacidad.
- m) Programas de transporte institucional.
- n) Programas de promoción del asociacionismo de personas con discapacidad.

Se establece que la enunciación de programas efectuada en los incisos precedentes es meramente enunciativa.

Sobre dichos programas se deberán desarrollar los respectivos proyectos, que a su vez deberán ser aprobados por el Comité. Éste será el que evalúe, seleccione y apruebe los proyectos y en consecuencia asigne la aplicación de los fondos en cada uno de ellos. Establece también los criterios para la priorización de los mismos, considerándose especialmente aquellos que, en su desarrollo ulterior, propendan a la autofinanciación.

Los fondos de la Ley del Cheque también contribuirían a la financiación de las prestaciones de discapacidad de los beneficiarios de obras sociales. En este sentido, los considerandos de la res. 36/2003 MSyAS119 establecen recomendar al Poder Ejecutivo destinar hasta un 10% de los ingresos del Fondo para Personas con Discapacidad para compensar la crítica situación de emergencia de las prestaciones básicas del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, a los efectos de financiar, si fuere necesario, el aumento de aranceles solicitado.

Con posterioridad, en el año 2005, se dicta la res. 1749/2005 MSyAS120, con el objeto de actualizar los aranceles vigentes para algunas prestaciones del Sistema de Prestaciones Básicas. Dicha resolución dispone expresamente en su segundo artículo que el incremento en los aranceles será financiado mientras dure la Emergencia Sanitaria Nacional, con el fondo creado por decreto 1277/2003 PE121.

Conclusión

No es la escasez de normas el obstáculo a la efectividad de los derechos de las personas con discapacidad, cuya primera aspiración es ser tratadas como personas en el doble orden del hecho y del derecho. Contamos en nuestro ordenamiento jurídico con un gran plexo normativo (leyes, decretos, resoluciones) tanto en el orden nacional como provincial que protegen uno de nuestros valores fundamentales: “el derecho a la salud” - el cual se encuentra comprendido dentro del derecho a la vida-. Muchas de esas normas protegen particularmente a aquellas personas que adolecen alguno de los distintos tipos de discapacidad.

Nuestro sistema positivo prevé que deberán ser cubiertas de manera “integral” todas aquellas prestaciones que requieran las personas con discapacidad para su habilitación y rehabilitación, y también aquellas tendientes a la prevención.

Sin embargo, existen deficiencias en todo este Sistema -creado con la finalidad de brindar cobertura total a los discapacitados- y en muchos casos hacen que no puedan efectivizarse todos estos derechos, que a mi modo de entender, son las siguientes:

1.- El derecho a la salud se encuentra garantizado en nuestra

Constitución Nacional a través de la incorporación a su texto de los Pactos

Internacionales con rango supra legal. Asimismo obliga al Estado a legislar y promover medidas de acción positivas que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales respecto de las personas con discapacidad.

Respecto de los obligados a brindar la cobertura de discapacidad, las dificultades que se plantean son las siguientes:

2.- Se encuentra vigente la ley 24.901 –Sistema de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad- que obliga a las obras sociales nacionales -regidas por las

leyes 23.660 y 23.661- a brindar “cobertura integral” a las personas con discapacidad. Pero el problema con respecto a la obligación de brindar la totalidad de la cobertura surge cuando se trata de beneficiarios de obras sociales provinciales.

Si bien nuestra provincia ha adherido a la ley 24.901, para poder acceder al financiamiento de la APE, la obra social debe haber adherido al Sistema de las leyes 23.660y 23.661. Esta situación lleva a que las obras sociales provinciales se nieguen a cumplir con la cobertura so pretexto de no contar con el mencionado financiamiento.

Sin embargo, ante presentaciones realizadas en sede judicial existen sentencias favorables determinando que todos los prestadores de salud cumplan con la obligación de cubrir las necesidades de sus discapacitados en el marco de lo establecido en la ley 24.901.

Todas las obras sociales de las provincias tienen la posibilidad de adherirse al Sistema de obra Sociales Nacionales, por lo tanto cabe concluir que no pueden evadir su obligación aduciendo que no cuentan con el financiamiento proveniente del Fondo Solidario de Redistribución que administra APE, ya que pueden constituirse en agentes del mencionado Sistema y acceder a dicho Fondo.

Además, al haber adherido nuestra provincia a la ley 24.901, se encuentra obligada por la misma.

3.- en el análisis del tema discapacidad en general y aun que excediendo claramente el contenido que se trata en el presente trabajo vale la pena hacer algunas consideraciones respecto a lo normado en el nuevo código civil y comercial de la república.

4.- Las obras sociales y empresas de medicina prepaga son creadas con la finalidad de brindar cobertura de salud a sus afiliados. Pero la ley 24.901 además contempla prestaciones de carácter educativas y laborales, que son ajenas a las competencias del sector de salud. Me parece excesivo poner a cargo de las obras sociales el otorgamiento

de este tipo de prestaciones. Por lo tanto, deberá producirse una revisión de estas situaciones y consecuentemente habrá que replantear la forma de financiamiento de estas prestaciones y si dentro de los objetivos de las obras sociales se encuentra la obligación de otorgar prestaciones educativas y laborales. Constituye una deuda pendiente de los respectivos Ministerios la elaboración de políticas en dichas áreas.

Con respecto al financiamiento:

5.- Las obras sociales cuentan para el financiamiento de la cobertura en discapacidad del apoyo financiero proveniente del “Fondo Solidario de Redistribución, que es administrado por la Administración de Programas Especiales (APE). Este fondo se constituye, entre otras cosas, con el aporte al que están obligadas a efectuar la totalidad de las obras sociales. Pero lo curioso de este sistema fue el dictado de la res.

400/1999 APE, que establece los requisitos que debe cumplir todo agente de salud que pretenda ser financiado por medio de dicho Fondo. La mencionada resolución establece que el trámite de solicitud de apoyo financiero debe iniciarse con una serie de declaraciones expresas de aceptación que debe efectuar la obra social, y entre ellas, debe formular una declaración mediante la cual reconoce que “el apoyo financiero no es obligatorio para la APE, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia”. Por lo tanto la propia obligada a dar este apoyo financiero, y no con fondos propios precisamente sino con lo recaudado de los propios aportes a las obras sociales, puede desobligarse de dicho compromiso.

La res. 400/1999 APE tiene rango inferior a la ley 23.660 y 23.661 que regulan el funcionamiento del Fondo Solidario de Redistribución, y la APE no puede contradecir con una normativa propia lo que establecen estas leyes.

Es absolutamente arbitrario y además incoherente que quien está compelida por ley a subsidiar una prestación de salud pueda ser quien decida a su libre albedrío si la presta o no.

Si bien contamos con una amplia normativa que protege de manera especial a las personas con necesidades especiales, existen algunas falencias que deberán ser subsanadas.

Por otra parte, y a mi entender el principal inconveniente que hace que la comunidad discapacitada no pueda efectivizar sus derechos, es la gran desinformación que existe al respecto.

La ley 24.901 en su art. 5° incorpora a los agentes del sistema de salud

Tabla con 3 columnas y 6 filas dos exigencias importantes:

- a) La obligación de establecer mecanismos para la capacitación de sus agentes;
- b) El deber de difusión o información a los beneficiarios con discapacidad de los servicios a los que pueden acceder final de tabla

La gran mayoría de las obras sociales del sistema ni siquiera tienen contratados prestadores para atender a sus beneficiarios discapacitados y tampoco estimulan la difusión de la cobertura de discapacidad.

Si bien la ley “se presume conocida por todos”, la realidad demuestra que muchas veces resulta no ser así, sino por el contrario, existe una gran falta de información y eso nos lleva a que no reclamemos nuestros derechos, por el simple motivo de que lo desconocemos. Al menos esto es lo que ocurre en la población con discapacidad.

Y para llevar a cabo esta tarea de informar a la comunidad es fundamental la colaboración de los medios de comunicación, que deben trabajar en forma conjunta con el Estado brindando información y asesorando al discapacitado, así familia y a la sociedad, dado que cuentan con la posibilidad de hacerlo en forma masiva por medio de campañas educativas. Además las mismas deben tener continuidad y deben ser encaradas en forma seria brindando de esa manera a la población el conocimiento de un tema que hasta hoy no ha sido difundido con claridad.

Pero además, tampoco se puede abordar la problemática real de las personas con discapacidad si no conocemos su exacta dimensión e importancia.

La Argentina no cuenta con estadísticas oficiales sobre la población con discapacidad desde el censo del año 1960, y en el 2001 se realizó juntamente con el censo de ese año la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADI). En ese censo así como en el del año 2010, se incluyó una pregunta destinada a detectar hogares con al menos una persona con discapacidad. Esos datos tuvieron como objetivo proporcionar un marco para seleccionar una muestra a visitar con un formulario específico. De la encuesta surge que el 7,1% de la población relevada tiene alguna discapacidad. Si consideramos afecta no sólo a quien la padece sino también a su entorno familiar, el porcentual estimado asciende al 20,6% de los hogares –uno de cada cinco hogares de la Argentina-

Por lo tanto la falta de reconocimiento del problema afecta a un elevado porcentaje de la sociedad.

5.6 Propuestas

Las deficiencias en la legislación que dificultan el acceso efectivo por parte de las personas con discapacidad a las prestaciones contempladas a su favor podrían ser subsanadas a través de algunas modificaciones en la normativa vigente, que a mi entender son las siguientes:

1.- señalamos que será necesario en una futura reforma de la legislación provincial de la Provincia de San Luis la incorporación de normas que contemplen la protección de las personas con discapacidad, ampliando dicho marco legislativo a la luz de la ley nacional 26378 (convención de los derechos de las personas con discapacidad). En referencia a discapacidad en general en lo que se refiere a su salud, sería interesante la incorporación de un artículo en la constitución provincial que establezca, , principios semejantes a los contemplados en el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El referido artículo asegura que el presupuesto en dicha área debe ejecutar acciones de promoción, protección, prevención atención y rehabilitación y que las

mismas deben ser gratuitas y realizarse teniendo en cuenta criterios de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Y de una manera más explícita el artículo 21 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece la obligación de la Legislatura sancionar una Ley Básica de Salud, en la cual se contemple, entre otros lineamientos, el siguiente:

“Garantizar la prevención de la discapacidad y la atención integral de las personas con necesidades especiales”.

Por otra parte, respecto de la legislación provincial, la ley I-0011-2004 (5609) instituye un “Sistema de protección Integral de los Discapacitados”. Esta norma fue dictada en el marco de la ley nacional 22.431, y del mismo modo que esta última, en su artículo 2º pone a cargo del Estado Provincial –a través de sus organismos dependientes- las prestaciones, en la medida en que los discapacitados, las personas de quienes dependan o las obras sociales a las que estén afiliados no puedan afrontarlas.

Por lo tanto, podría solucionarse este conflicto, con la finalidad de que las personas con discapacidad o sus familias no tengan que llegar a una instancia judicial para obtener la cobertura, a través de la modificación de este artículo 2º, poniendo como principal obligado a las obras sociales locales, del mismo modo que lo hace la ley nacional 24.901.

Asimismo resultará necesaria la creación de un fondo de financiamiento para estas prestaciones, el que deberá estar a cargo de organismos provinciales.

2. -en un tópico que claramente excede la materia de estudio de este trabajo, vale la pena hacer algunas consideraciones referidas al nuevo paradigma de la discapacidad en el nuevo código civil y comercial de la nación.

Entendemos como mejora en el nuevo código civil el eje puesto en la autonomía de la voluntad de las personas en general y de las personas con discapacidad en particular. Como lo señala palacios agustina en su obra el modelo social de discapacidad, “el objetivo de protección del presunto incapaz debe ser considerado en concreto, es decir,

realmente protege derechos o genera mayor restricción de los mismos”. Véase también en el mismo sentido, Bariffi, Francisco J., “Capacidad Jurídica y Discapacidad; Una visión del derecho comparado”,

En F. Bariffi y A. Palacios (Coord.), Capacidad Jurídica, Discapacidad y Derechos Humanos:

una revisión desde la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Buenos Aires, Ed. Ediar, 2011, pp. 219/331 y Mayo, Jorge A. y Tobías, José W., “La nueva ley 26.657 de salud mental. Dos poco afortunadas reformas al Código Civil!, en LA LEY 14/02/2011; Finocchio, Carolina L. y Millán, Fernando, “Régimen de interdicción e inhabilitación a la luz de la nueva ley de salud mental”,

En DFyP 2011 (septiembre), 16/09/2011.

Este enfoque legal incorporado en nuestro código civil nos lleva como sociedad a abandonar roles paternalistas que respondían a concepciones atrasadas y por tanto simplifica la tarea en el pleno uso y goce de los derechos de las personas con discapacidad.

3.- Con respecto a la obligación que le compete a las Empresas de

Medicina Prepaga en el carácter de sujeto obligado a brindar la cobertura, con la sanción de la ley n°26682 no caben dudas de que las Prepagas deberán incluir en sus planes “con carácter obligatorio la totalidad de las prestaciones de discapacidad”.

4.- Decíamos en las conclusiones que existe una gran falta de información respecto de los beneficios que brinda nuestra legislación a favor de las personas con necesidades especiales, y que los medios de comunicación deben colaborar en la tarea de difundir y educar al discapacitado y su familia respecto de cuáles son esos beneficios y como pueden acceder a ellos.

Pero desde el humilde lugar que cada uno ocupamos siempre tenemos la posibilidad de cambiar las cosas, revertir las situaciones de irregularidad, o por lo menos intentarlo.

Es por ello que tomé la iniciativa de comenzar con ese “cambio” desde mi lugar, que es la provincia de San Luis, desde el ministerio de inclusión donde desempeñé actividades hasta el año 2012. Cuando comencé a advertir el problema de la desinformación relativa al tema que es objeto del presente trabajo por parte de las personas con discapacidad y sus familias, me pareció interesante la propuesta de realizar un relevamiento de discapacidad en mi provincia.

Pero contamos con una población de aproximadamente 400.000 habitantes, por ello para poder llevarlo a cabo acudí a las autoridades del ministerio y del programa de protección social así como al subprograma protección y promoción de las personas con discapacidad dependiente del mismo a solicitar colaboración para realizar el relevamiento.

Tuve la posibilidad de reunirme con el Sr. Ministro de entonces, así como con los responsables de las áreas mencionadas anteriormente quienes rápidamente tomaron la propuesta. Para que organicemos el trabajo junto con la Asistencia del personal de la junta médica que otorga los certificados de discapacidad.

Para comenzar dicha tarea se les solicita a los beneficiarios de las ayudas económicas que otorga el gobierno de la provincia que completen un formulario al momento de renovar dicho beneficio.

Pero contar con datos estadísticos no es lo más interesante, sino que cada una de las personas con discapacidad y su entorno familiar pueda conocer sus derechos para así poder reclamarlos y hacerlos efectivos.

Por ello, una vez finalizado el relevamiento, culminamos el trabajo con una charla informativa que se realizó en el salón de reuniones del ministerio de inclusión social que estuvo a cargo de las distintas autoridades mencionadas *ud supra* así como por el autor de este trabajo, donde se invitó a concurrir especialmente a cada una de las familias y personas que adolecen el problema de la discapacidad -ya que vamos a tener detectados todos y cada uno de los casos- como así también a todos los Profesores de Educación

Especial de la provincia para que, desde su lugar, puedan ayudar en esta tarea de informar así como a las autoridades y personal de la obras sociales incluida Dosep (dirección de obra social del estado provincial).

ANEXO

6.0 Propuesta de Planilla para completar

6.1.1 PLANILLA PARA COMPLETAR

1. Domicilio:.....

2. Cantidad de habitantes de la vivienda: Total Varones Mujeres

3. ¿Algún habitante de esta vivienda presenta alguna alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental?

Sí..... No..... (Marcar con una cruz x, si la respuesta es Sí responder la siguiente encuesta).

ENCUESTA PARA PADRES O FAMILIARES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA TRASTORNO:

Apellido:

Nombres:

Edad (en años):

Sexo:

TIPO DE discapacidad:

1 .Mental

2. Motriz

3. Sensorial

4. Mental y motriz

5. Mental y sensorial
6. Motriz y sensorial
7. Mental, motriz y sensorial
8. Otras:

Dentro de las discapacidades 1, 2, 3 indicar tipo, según especificación siguiente:

MENTAL:

1. Síndrome de Down
2. Lesión cerebral
3. Psicosis
4. Retraso mental
5. Otras:.....

MOTRIZ:

1. Algún tipo de amputación en miembros
2. Parálisis cerebral
3. Distrofia muscular
4. Otras:.....

SENSORIAL:

1. Sordera e hipoacusia
2. Ceguera
3. Mudez

4. Otras:.....

EDAD EN QUE FUE DETECTADA:

1. En el nacimiento
2. Durante el primer año de vida
3. Entre los 1 y 4 años de vida
4. Al ingreso escolar
5. Posteriormente

¿REALIZA TRATAMIENTO ACORDE A SU DISCAPACIDAD?

1. SÍ
2. NO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

A. ¿Concorre o concurrió a algún establecimiento educativo de enseñanza común?

1. Sí
2. No Nivel que alcanzó o está cursando:
 1. Nivel inicial
 2. EGB
 3. Polimodal
 4. Terciaria
 5. Universitaria

B. ¿Concorre o concurrió a algún establecimiento educativo de enseñanza especial?

1. Sí

2. No Nivel que alcanzó o está cursando:

1. Nivel inicial

2. Primer nivel (EGB especial)

3. Segundo nivel (EGB especial)

4. Tercer nivel (EGB especial)

5. Post EGB especial.

C. ¿Concurre o concurrió a algún otro establecimiento?

1. Centro de día

2. Centro educativo-terapéutico

3. Centro de rehabilitación psicofísica

CONOCIMIENTOS SOBRE LA LEY 24.901:

¿CONOCE EL CONTENIDO DE LA LEY 24.901, Y LOS BENEFICIOS QUE ELLA
AMPARA PARA SU FAMILIAR CON DISCAPACIDAD?

1. SI

2. NO

3. En parte

¿SU FAMILIAR CON DISCAPACIDAD POSEE CERTIFICADO ÚNICO DE
DISCAPACIDAD NACIONAL?

1. SI

2. NO

3. En trámite

OBRA SOCIAL:

¿El niño o adulto con discapacidad cuenta con cobertura médica?

1. SI

2. NO Cuál: Si la respuesta es afirmativa especificar si la cobertura de las prestaciones es:

1. Total

2. Parcial ¿Recibe atención específica con relación a su discapacidad?

1. Médica _____

2. Rehabilitación _____

3. Ortopedia _____

4. Estimulación temprana _____

5. Psicología _____

6. Kinesiología _____

7. Fonoaudiología _____

8. Psiquiatría _____

9. Farmacología _____

10. Otras:..... _____

11. No recibe atención _____ ¿En qué lugar se atiende?

1. Hospital público
2. Sanatorio
3. Consultorio particular
4. Instituto de rehabilitación público
5. Instituto de rehabilitación privado
6. Otros:.....

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

¿Desarrolla alguna actividad laboral?

1. SI

31539

2. NO ¿En qué modalidad?

1. Cuenta propia
2. Empleado privado
3. Empleado estatal
4. Empleado cooperativa
4. Taller protegido
6. Trabajo familiar no remunerado
7. Otro:.....

¿Recibe algún tipo de pensión?

1. Nacional

2. Provincial

3. Ninguna

TRANSPORTE ESPECIAL:

¿Utiliza el servicio de transporte especial?

1. SI

2. NO

3. A veces

RECLAMOS:

¿Ha tenido que efectuar algún reclamo o acudir a la vía judicial para que su familiar con discapacidad pueda gozar de algún beneficio contemplado en la Ley 24.901?

1. SI

2. NO

¿Cuáles? ¿Ante qué organismos?:

.....

.....

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía General

Bridarte Campos, Germán J., Compendio de Derecho Constitucional, Adiar S.A., Buenos Aires 2004.

Lavaron, Ester A., Discapacidad Derechos y Deberes, Carlos A. Vecino Editor, Buenos Aires 1995.

Quiroga Lave, Humberto, Constitución de la Nación Argentina Comentada, Zavala S.A., Buenos Aires 2003.

Rosales, Pablo, La Discapacidad en el Sistema de Salud Argentino: Obras Sociales, Prepagas y Estado Nacional, Lexis Nexos, Buenos Aires 2005.

Subies, Laura, El derecho y la discapacidad, Cátedra Jurídica, Buenos Aires 2005.

Subies, Laura, El sistema básico de prestaciones, El Cisne 2003, Febrero.

Subies, Laura, ¿Qué es el A.P.E.?, El Cisne 2003, Marzo.

Subies, Laura, Empresas de medicina prepaga: nuevas respuestas a viejos interrogantes, El Cisne 2003, Junio.

Subies, Laura, El arte de otorgar sin dar, El Cisne 2004, Junio.

Subies, Laura, El financiamiento de las prestaciones, El cisne 2004, Octubre.

Subies, Laura, Nueva normativa regulatoria de la Administración de Programas Especiales, El Cisne 2004, Noviembre.

Normativa de Consulta

1 Art. 33 Constitución Nacional. Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos o garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno.

2 Subies, Laura. El Derecho y la Discapacidad". 1º ed. Buenos Aires: Editorial Cathedra Jurídica; 2005.

3 Art. 42 Constitución Nacional. Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.

4 Art. 41 Constitución Nacional. Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley. Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del

patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales. Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquellas alteren las jurisdicciones locales. Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los radiactivos.

5 Subies, Laura. *El Derecho y la Discapacidad*”. 1º ed. Buenos Aires: Editorial Cathedra Jurídica; 2005.

6 Art. 75 Constitución Nacional. Corresponde al Congreso:... 23. 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.

Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.

7 Art. 16 Constitución Nacional. La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento: no hay en ella fueros personales ni títulos de nobleza. Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad. La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas.

8 Art. 75 Constitución Nacional. Corresponde al Congreso:... 22. Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordantes con la Santa Sede.

Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos;

el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo

Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención

Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención

Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes; la Convención sobre los

Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse como complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder

Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara.

Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de jerarquía constitucional.

9 Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, Colombia, en 1948. 10 Art. XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”

11 Art. XVI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la

desocupación, de la vejez y la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

12 Adoptada y proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948.

13 Art. 22 Declaración Universal de Derechos Humanos: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

14 Art. 25 Declaración Universal de Derechos Humanos. 1.-Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y al bienestar, y en especial en la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y a los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancia independiente de su voluntad. 2.- La maternidad y la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

15 Suscripta en San José, Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969 y aprobada por la República Argentina mediante ley 23.054.

16 Art. 1º Convención Americana sobre Derechos Humanos. “OBLIGACIÓN DE RESPETAR LOS DERECHOS: 1.-Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. 2.- Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

17 Art. 2º Convención Americana sobre Derechos Humanos. DEBER DE ADOPTAR DISPOSICIONES DE DERECHO INTERNO: Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el art. 1 no estuvieren ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados parte se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de ésta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

18 Art. 5º Convención Americana sobre Derechos Humanos: “DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.

19 Suscrito en la ciudad de Nueva Cork, Estados Unidos de América, el 19 de diciembre de 1966.

19. art 24. Código civil y comercial de la nación.

20 Art. 2º Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1.- Cada uno de los

Estados Partes en el presente pacto se comprometen a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

-2.-Los Estados Partes en el presente pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

21 Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1.-Los Estados Parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del

más alto nivel posible de salud física y mental. 2.- Entre los medios que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de éste derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; c) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

22 Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989.

23 Art. 23 Convención sobre los Derechos del Niño. 1.-Los Estados partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. 2.-Los Estados partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuidan de él.

3.- En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párr. 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4.- Los Estados partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de información y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados partes puedan mejorar su capacidad y conocimiento y ampliar su experiencia en éstas esferas. A este respecto se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

24 Art. 24 Convención sobre los Derechos del Niño. 1.- Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2.- Los Estados partes asegurarán la plena aplicación de éste derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la mal nutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso efectivo a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de servicios.

25 Artículo 27 Convención sobre los Derechos del Niño. 1.-Los Estados partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. 2.- A los padres y a otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. 3.- Los Estados partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres, y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a éste derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda. 4. Los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualquiera otros arreglos apropiados.

26 B.O. 13/03/1981

27 B.O. 05/12/1983

28 B.O. 17/12/1997

29 B.O. 04/03/83

30 B.O. 14/10/98

31 Suscripta en la ciudad de Guatemala, el 8 de junio de 1.999

32 Labaton, Adriana, D. Discapacidad: derechos y deberes. 1º ed. Buenos Aires: Carlos A. Vicino Editor, 1995.

33 Art. 10 Ley 24.241. A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el art. 3º de la ley 22.431 y por leyes provinciales análogas.

34 Art. 3 Ley 22.43. El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida se denominará

Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el 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.

35 Nuevo Régimen de Jubilaciones y Pensiones para los Trabajadores en Relación de Dependencia, B.O,

10/01/1969.

36 Nuevo Régimen de Jubilaciones y Pensiones para los Trabajadores Autónomos, B.O,
10/01/1969.

37 Art. 19 Ley 24.901. En materia de jubilaciones y pensiones la discapacidad se acreditará con arreglo a lo dispuesto en los arts. 33 y 35 de la ley 18037 (t.o. 1976) y 23 de la ley 18.038 (t.o. 1980).

38 Sistema de Prestaciones básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con

Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

39 Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas.

40 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, B.O. 13/03/1981

41 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad” B.O. 17/12/199742 Art. 1º Ley 22.431. Instituyese por la presente ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendientes a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

43 Art. 1Ley 24.901. Instituyese por la presente ley 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.

44 Art. 121 Constitución Nacional. Las provincias conservan todo el poder no delegado por ésta constitución al gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación.

45 Art. 8 Ley 24.901. El Poder Ejecutivo propondrá a las provincia la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley.

46 B.O. 05/12/2005

47 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, B.O. 14/10/1998.

48 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

49 Art. 18 Ley 24.901. Prestaciones asistenciales. Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante. Comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente.

50 Art. 19 Ley 24.901. Los servicios específicos desarrollados en el presente capítulo al solo efecto enunciativo, integrarán las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación. La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones”.

51 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, B.O. 13/03/1981.

52 Agentes del Seguro de Salud. Modificación de la res. 400/1999 APE

53 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

54 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

55 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

56 Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/04/2000.

57 Agentes del Seguro de Salud. Modificación de la res. 400/1999 APE.

58 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con

Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

59 Art. 36 Ley 24.901. Iniciación laboral. Es la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva, en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario, a fin de lograr su autonomía e integración social.

60 Accesibilidad de personas con movilidad reducida, BO 12/04/1994

61 Agentes del Seguro de Salud. Modificación de la res. 400/1999 APE.

62 Art. 6 Ley 24.901. Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.

63 Personas con Discapacidad. Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, B.O. 04/09/2001.

64 Registro Nacional de Prestadores, B.O. 13/06/2001.

65 Personas con Discapacidad, B.O. 04/09/2001.

66 Agentes del Seguro de Salud. Modificación de la res. 400/1999 APE.

67 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, B.O. 13/03/1981.

68 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

69 Obras Sociales, promulgada el 05/01/1989.

70 Art. 2 Ley 24.901. Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el art. 1º de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la

cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

71 Art. 1 Ley 23.660. Quedan comprendidas en las disposiciones de la presente ley: a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo; b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la ley hayan sido creados por leyes de la Nación; c) Las obras sociales de la Administración Central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados; la del Poder Judicial y las de las universidades nacionales; d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado; e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios; f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del art. 2º inc. g) unto 4 de la ley 21.476; g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación; h) Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido en la presente ley.

72 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

73 Medicina Prepaga, sancionada el 28/11/1996.

74 Medicina Prepaga, sancionada el 28/11/1996.

75 Ley 26.682

Marco Regulatorio de Medicina Prepaga.

Sancionada: Mayo 4 de 2011

ARTICULO 7º. — *Obligación.* Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la presente ley.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médico asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

76 Art. 2 Ley 24.901. Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el art. 1º de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

77 Obras Sociales, promulgada el 05/01/1989.

78 Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

79 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

80 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, B.O. 13/03/1981.

81 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

82 Art. 3° Ley 24.901. Modificase, atento la obligatoriedad a cargo de las obras sociales en la cobertura determinada en el artículo 2° de la presente ley, el artículo 4° primer párrafo de la ley 22.431, en la forma que a continuación se indica: El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependen no puedan afrontarlas, los siguientes servicios”.

83 Art. 4° Ley 24.901. Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.

84 Obras Sociales, promulgada el 05/01/1989.

85 “Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad” B.O. 24/02/1999.

86 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

87 Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/04/2000.

88 Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/02/1999.

89 Obras Sociales, promulgada el 05/01/1989.

90 Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

91 Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/02/1999.

92 Agentes del Seguro de Salud. Modificación de la res. 400/1999 APE.

93 Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

Modificación de la res. 428/1999 MSyAS, sancionada el 12/06/2003.

94 Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

Modificación de la res. 428/1999 MSyAS., sancionada el 02/09/2003.

95 Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/04/2000.

96 Destino de los fondos recaudados para los programas y proyectos a favor de las personas con discapacidad. Promulgada el 20/03/2003.

97 Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad, sancionado el 23/05/2003.

98 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

99 Art. 7° Ley 24.901. Las prestaciones previstas en esta ley se financiarán del siguiente modo. Cuando se tratara de: a) Personas beneficiarias del Sistema Nacional del Seguro

de Salud comprendidas en el inc. a) del art. 5° de la ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inc. b) del presente artículo, con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el art. 22 de esa misma ley. b) Jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias. c) Personas comprendidas en el art. 49 de la ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para

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

100 Art. 49, inc. 6, ley 24241. Fondo para tratamientos de rehabilitación psicofísica y rehabilitación laboral. Créase un fondo para tratamientos de rehabilitación psicofísica y recapacitación laboral constituido por los recursos que a tal efecto determine el Poder Ejecutivo nacional, y el treinta por ciento (30%) del haber de retiro transitorio por invalidez que se les descontará a los afiliados que no cumplan regularmente los tratamientos de rehabilitación o recapacitación laboral prescritos por la comisión médica. Este fondo será administrado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y destinado exclusivamente para organizar los programas para implementar los tratamientos prescritos por las comisiones médicas. Sin perjuicio de ello, las compañías de seguros de vida podrán, con la autorización de la comisión médica correspondiente, sustituir o complementar el tratamiento indicado con otro u otros a su exclusivo cargo.

101 Ley de Riesgo de Trabajo.

102 La ley 24.310 otorga pensiones gratificables vitalicias a los ciudadanos que sufrieron incapacidades como consecuencia de las acciones bélicas en el Atlántico Sur,

103 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad. Reglamentación, B.O. 14/10/1998.

104 Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/02/1999.

105 Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/04/2000.

106 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, B.O. 17/12/1997.

107 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad. Modificación de la Res. 428/1999 MSyAS.

108 Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/04/2000.

109 Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/04/2000.

110 Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, B.O. 24/02/1999

111 Agentes del Seguro de Salud. Modificación de la res. 400/1999 APE, BO 19/07/2003.

112 Modifica la Res. 428/1999 MSyAS.

113 Ley de Cheque, B.O. 02/03/1995

114 Ley N° 25.300.

115 Art. 52 Ley 25.300. El Poder Ejecutivo Nacional y el Honorable Congreso de la Nación deberán incluir en las futuras leyes de presupuesto las partidas necesarias para la ejecución de los programas de discapacidad que garanticen como mínimo el nivel de la recaudación del año 1999 según lo establecido por la ley 24.452.

116 Ley de Cheques.

117 Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad, sancionado el 23/05/2003.

118 Ley de Cheque, B.O. 02/03/1995.

119 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con

Discapacidad. Modificación de la Res. 428/1999 MSyAS.

120 Modifica la Res. 428/1999 MSyAS.

121 Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad, sancionado el 23/05/2003.

122. -bariffi, Francisco J., “Capacidad Jurídica y Discapacidad; Una visión del derecho comparado”,

en F. Bariffi y A. Palacios (Coord), Capacidad Jurídica, Discapacidad y Derechos Humanos:

una revisión desde la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Buenos Aires, Ed. Ediar, 2011, pp. 219/331.

123. - Mayo, Jorge A. y Tobías, José W., “La nueva ley 26.657 de salud mental. Dos poco afortunadas

Reformas al Código Civil!, en LA LEY 14/02/2011

124. - Finocchio, Carolina L. y Millán,

Fernando, “Régimen de interdicción e inhabilitación a la luz de la nueva ley de salud mental”,

en DFyP 2011 (septiembre), 16/09/2011.

125. - Palacios, Agustina, El modelo social de discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación

en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,

Madrid, Cinca, 2008.

REFLEXION

“Nem a lua precisa do corpointeiro para encantar o mundo”

Slogan: Vila São José Bento Cottolengo

Trindade, Estado de Goias, Brasil

“Ni la luna necesita del cuerpo entero para encantar el mundo”

Final

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:

Autor tesista- Luna, Danilo Fabricio

DNI- 30517573

Título de la tesis- **PRESTACIONES DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Correo electrónico- fabrysanluis83@gmail.com

Unidad Académica- Universidad Siglo 21

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:

Texto completo de la Tesis

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

San Luis

JULIO 20Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica: certifica que la

tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.