

Personas con discapacidad y acceso a la atención a la salud

Schilling, Soledad

Médica especialista Consultor en Medicina Física y Rehabilitación. Maestra de la Fisiatría Argentina. Distinción otorgada por la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (Asociación Médica Argentina).

Dada la convocatoria para participar de este valioso Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria (DELS) en lo concerniente al acceso a la salud de las personas con discapacidad en nuestro país, considero que por la orientación jurídica del mismo, corresponde primeramente listar las normas relacionadas en especial con la prevención y tratamiento de rehabilitación, dentro del área de la Salud.

Luego de ese aspecto nominativo, acompañaré algunas definiciones necesarias para conocer la población objeto de los beneficios y las prestaciones, como así también de los prestadores que brindan los tratamientos.

Por último, ofreceré mi opinión sobre el estado de la accesibilidad a la rehabilitación propiamente dicha o prevención terciaria.

LEGISLACIÓN NACIONAL

[Ley 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados.](#)

[Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.](#)

Incluye acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, destinadas a este colectivo. El sistema de las obras sociales queda comprometido a la cobertura de las prestaciones que luego se describen y el Estado deberá brindarlas en el caso que los beneficiarios o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas.

[Ley 25.730](#)

Artículo 3° — “Los fondos que recaude el Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas previstas en la presente ley serán destinados para la aplicación de los programas y proyectos a favor de las personas con discapacidad, que será administrado por el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad, creado por decreto del Poder Ejecutivo nacional 153/96 y sus modificatorias. Dichos fondos serán aplicados en los programas proyectos citados, conjuntamente con los recursos previstos en el artículo 10 de la ley 25.413”.

Se constituye así un Fondo de Financiamiento destinado a distintos programas que tienden a dar cobertura a aquellas situaciones detectadas como necesidades insatisfechas por las personas con discapacidad, los profesionales que los asisten, la comunidad y otros actores relacionados, destinados a:

- Organismos Gubernamentales (OG)
- Personas con discapacidad
- Organismos No Gubernamentales (ONG)

[Ley 26.378. Apruébese la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#)

[Ley 25.504. Certificado Único de Discapacidad](#)

A continuación se transcriben definiciones utilizadas para tipificar y certificar las diferentes discapacidades, paso previo indispensable para posibilitar el acceso a todos los beneficios y/o a las distintas prestaciones.

Discapacidad motora. “Se considera discapacidad motora a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuromusculotendinoso” (Disposición N° 170/2012).

Discapacidad visceral. “Se considera discapacidad visceral a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinarias” ([Disposición N° 2574/2011](#)).

Discapacidad mental. “Se define a la discapacidad mental como un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso” (Disposición N° 171/2012).

Discapacidad auditiva. “Se considera discapacidad auditiva a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales del sistema auditivo” ([Disposición N° 2118/2011](#)).

Discapacidad visual. “Se considera discapacidad visual a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso” ([Disposición N° 2230/2011](#)).

“Se considera deficiencia a la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función fisiológica”. CIF - OMS, 2001.2.

“Se considera limitación en la actividad, a la dificultad que un individuo puede tener para realizar actividades comparándola con la manera en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud”. CIF - OMS, 2001.12.

Encontramos, de acuerdo a lo referido supra, que en la Argentina existió una visualización progresiva de la temática que nos ocupa, desde el punto de vista legislativo específico, a partir del Año Internacional de la Persona con Discapacidad (1981), generándose la Ley Marco 22.431/81.

De ahí en más transcurrieron varios años durante los cuales se dieron múltiples modificaciones de dicha ley, y se crearon otras paralelas sobre temas anexos ampliando la cobertura considerada en la misma.

Fue a fines de la década del noventa, cuando se produjo un gran avance en el tema del abordaje de la rehabilitación y otras prestaciones a través de la [Ley 24.901/97](#). En ella se las describió y se las agrupó con claridad a fin de contar con un Sistema Único de atención y evitar, de este modo, que las diferentes coberturas sociales difirieran su oferta asistencial u otras. Se estableció, además, una forma de atención para carecientes.

En el caso de las de Salud están comprendidas las siguientes:

- Módulo Integral Intensivo.
- Módulo Integral Simple.
- Hospital de Día. Jornada Simple.
- Hospital de Día. Jornada Doble.
- Internación para Rehabilitación.

Los aranceles correspondientes a estos módulos como también a los demás, son actualizados en sus valores, periódicamente, por el [Ministerio de Salud de la Nación](#).

Hasta ese momento la medicina física y la rehabilitación de las diferentes discapacidades, se encontraban a cargo de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, insuficientes para atender la demanda creciente, las que en su mayoría habían nacido después de las epidemias de Poliomiélitis, siendo muy valiosas, pero con grandes problemas de subsistencia (ALPI central y delegaciones, por ejemplo). Casi todas eran de atención ambulatoria.

Los llamados hospitales “especializados” o de “crónicos” eran muy pocos y ubicados en la ciudad de Buenos Aires (CABA) y en la provincia de Buenos Aires (Mar del Plata y Burzaco), obligando al desarraigo, con gastos de traslado para los familiares que muchas veces residían en provincias distantes.

Los hospitales generales para pacientes agudos aquejados de patologías potencialmente discapacitantes (prevención secundaria), eran insuficientes del servicio de rehabilitación, muy necesarios para la detección, orientación previa al alta y seguimiento periódico de las personas discapacitadas secuelas (secuelas recientemente instaladas), situación que en menor grado aún persiste.

A posteriori, se describieron los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para la atención de las personas con discapacidad, los establecimientos, su habilitación, categorización, siendo la acreditación de los mismos y los indicadores de calidad de las prestaciones, una materia parcialmente pendiente a criterio de quien suscribe, a pesar de los esfuerzos realizados para llevar adelante este importante Sistema de Prestaciones.

Si no se controlan los resultados mediante indicadores específicos, podría existir sobre prestación con perjuicio para los beneficiarios, u otras alteraciones en la calidad.

Con el advenimiento de la cobertura económica de las distintas prestaciones se produjo un gran crecimiento del número de prestadores, que en algunos casos contaron con financiamiento del fondo de Ley de Cheques.

La certificación de la población objeto, personas con discapacidad, requirió la unificación de criterios a nivel médico y de otras profesiones, como así también la utilización de instrumentos que contengan definiciones inequívocas, cuyas descripciones puedan ser codificadas a fin de mantener la privacidad de su contenido.

[La Comisión Nacional de Discapacidad \(CONADIS\)](#) y el [Servicio Nacional de Rehabilitación \(SNR\)](#), como así también el [Ministerio de Salud de la Nación](#), cada uno en áreas específicas ya determinadas, son los actores principales en relación a la organización y defensa del derecho a la salud de las personas con discapacidad a nivel país.

Las provincias son autónomas en muchos aspectos, tienen sus propias leyes, algunas semejantes a las nacionales, y agregan otras sobre aspectos más locales. La mayoría ha adherido al Sistema Único.

En el área de la Salud es muy importante el trabajo en red de los prestadores, según complejidad de las deficiencias/discapacidades, siendo la provincia de Buenos Aires la que ostenta mayor antigüedad a través de su Ministerio de Salud y del Programa Provincial de Rehabilitación creado en el año 1994.

Esta provincia se encuentra dividida en 12 regiones sanitarias que se utilizaron para conformar Redes de Atención locales y regionales (Sistemas Locales de Salud), con creación de normas de habilitación previas a las nacionales, servicios de medicina física y rehabilitación en hospitales generales, como así también especializados en rehabilitación con internación.

La descentralización de los efectores de rehabilitación fue una prioridad en ese programa a fin de evitar los traslados de las personas a tratar, y generar mediante la integración de “Médicos Referentes Regionales” un conocimiento real de los recursos, la propuesta estratégica de la creación de servicios y la conformación de redes locales, luego regionales, provinciales y a nivel del país según el grado de complejidad a abordar.

Es de esperar que el camino recorrido nos lleve a acortar las distancias y los tiempos que medien entre la instalación de una discapacidad y su tratamiento mediante la comunicación obligatoria de la misma a un registro unificado que permita la orientación de la persona hacia el establecimiento más adecuado para su terapéutica.

Al producirse el diagnóstico de una discapacidad, el paciente y su familia carecen de una idea certera de pronóstico y posibilidades de rehabilitación, lo cual genera un estado, muchas veces, de desasosiego sobre las posibilidades futuras de recuperación.

En conclusión podemos decir que en nuestro país hemos tenido una importante mejora de la accesibilidad de las personas con discapacidad a la rehabilitación médica durante los últimos veinte años.

Bibliografía

SCHILLING, Soledad (noviembre 2008). Los Derechos de las Personas con Discapacidad. Capítulo Salud. CABA.

Ley 25.504; Certificado Único de Discapacidad.

- Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Intelectual y Mental.
- [Normativa para la Evaluación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Física de Origen Motor](#).
- Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Sensorial de origen Visual.
- [Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Sensorial de origen Auditiva.](#)
- [Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Física de origen Visceral.](#)

Ministerio de Salud de la Nación. Servicio Nacional de Rehabilitación.

Resoluciones:

- [Resolución 14/2000](#) – Aprobación de las Guías de Evaluación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad.
- [Resolución 428/1999 y modificatorias](#) – Nomenclador.
- [Resolución 47/2001](#) – Apruébanse las normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación e incorpóranse las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- [Resolución 1328/2006](#) – Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones a personas con discapacidad y modificatorias.
- [Resolución 33/2011](#) – Resolución del presidente Directorio del sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad.
- [Resolución 2/13](#) – Normas de procedimiento de categorización de prestadores de servicios de atención a personas con discapacidad.
- [Anexo I](#)
- [Anexo II](#)
- [Anexo III](#)
- [Anexo IV](#)



- [Anexo V](#)
- [Anexo VI](#)
- [Anexo VII](#)

Recibido: 28/010/2016; Publicado: 03/2017