

Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad Trabajo Final Integrador

Autora: Vanesa Torres

**DISCAPACIDAD. ANÁLISIS DE LOS DISPOSITIVOS
DE LAS PRESTACIONES PERTENECIENTES AL EJE
"NIVEL DE ATENCION Y TRATAMIENTO" -
MODALIDAD AMBULATORIA- BASADOS EN LA
LEGISLACION VIGENTE Y EN LOS PRINCIPIOS DE
LA CONEVNCION DE LOS DERECHOS DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

2014

Citar como: Torres, V. (2014). Discapacidad: Analisis de los dispositivos de las prestaciones pertenecientes al eje "nivel de atencion y tratamiento" - modalidad ambulatoria- basados en la legislacion vigente y en los principios de la conevncion de los derechos de las personas con discapacidad. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

1.- Resumen	4
1.1. Palabras Claves	4
2. Introducción	5
2.1. Introducción al Tema/ Problema	5
2.2. Antecedentes del Problema a abordar	5
3. Planteamiento del Problema	6
3.1. Planteamiento del Tema	6
3.1.1. Tema y cuestión a abordar	6
3.1.2. Problema	6
3.1.3. Fundamentación	8
3.2. Objetivos	9
3.2.1. Objetivo General	9
3.2.2. Objetivos específicos	9
4.Marco Teórico	10
4.1. Evolución de los Modelos Conceptuales de los paradigmas de la Discapacidad.	11
4.2. El Modelo Bio-psico-social	12
4.3. El Modelo de Prescendencia	14
4.4. El Modelo Rehabilitador	15
4.5. El Modelo Social	17
4.6. Conceptos básicos de Inserción Social	17
4.7. P.M.O.E.	19
4.8. Asistencia Domiciliaria	21
4.9. Las Prestaciones objeto de estudio	22
4.9.1. Atención ambulatoria	22
4.9.2. Módulo: Hospital de Día	23
4.9.3. Centro de Día	24
4.9.4. Centro Educativo-Terapéutico	25
4.9.5. Módulo de Estimulación Temprana	25
4.9.6. Educación Inicial	26
4.9.7. Educación General Básica	26
4.9.8. Apoyo a la Integración escolar	27
4.9.9. Formación laboral y/o rehabilitación profesional	27
4.10. Principios de la Convención	29
4.11. Guías Específicas	32
4.12. Historia y Contexto Mundial de normativas respecto a la Discapacidad	32

5. Metodología Guión Metodológico	33
5.1. Tipo de Estudio	33
5.2. Estrategias Metodológicas	33
5.3. Unidad de Análisis	33
5.4. Variables utilizadas	34
5.5. Criterios de inclusión y exclusión	35
5.6. Técnicas e Instrumentos	35
5.7. Organización de la información	36
5.8. Procesamiento de la Información	36
5.9. Fuentes (Primarias y Secundarias)	36
6. Desarrollo	37
6.1. Antecedentes legislativos en la República Argentina en materia de Discapacidad	37
6.1.1. El origen de la Ley N° 24.901/97	42
6.1.2. Las Prestaciones específicas de la Ley 24.901/97	44
6.1.3. Servicios Específicos	48
6.1.4. Educación Inicial	51
6.1.5. Educación General Básica	53
6.1.6. Formación Laboral	55
6.1.7. Ubicación laboral en la Ley N° 22.431	58
6.1.8. Centro de Día	60
6.1.9. Centro Educativo Terapéutico (C.E.T.)	62
6.1.10. Centro de Rehabilitación Psicofísico	64
6.2. Análisis del Problema y resultados - Articulación teórico-empírica	65
6.3. Resultantes del análisis relacionados con los objetivos: Articulación del Análisis de los resultantes del trabajo en la empiría con los objetivos establecidos.	68
7. Conclusiones	69
8. Bibliografía	71
8.1.- Referencias bibliográficas	71
8.2.- Sitios web consultados y recuperados	72
9. Anexos	74
Anexo I: Fuente primaria.	74
Anexo II: Legislación Nacional de Discapacidad	80
Anexo III: Historia y contexto de las normativas en discapacidad.	85
Anexo IV: Sistema de atención de la discapacidad. Conceptos básicos de la Fundación PAR y otros conceptos de producciones universitarias.	89

1. RESUMEN:

En el estudio realizado, se propende a analizar los dispositivos de prestaciones pertenecientes al Eje “Nivel de atención y tratamiento – Modalidad de atención ambulatoria” delimitados en la Ley Nº 24.901/97 y en la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y sus respectivas modificaciones, en función de los Principios enunciados en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad en la República Argentina en el año 2013.

Para lograr dicho objetivo, se procederá a realizar un análisis documental de la legislación antigua y vigente en materia de discapacidad, para comparar con los Principios enunciados en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad y arribar a las conclusiones, cumplimentando los objetivos propuestos, de manera articulada con la producción textual.

El tipo de trabajo es descriptivo con un encuadre cualitativo, basado en técnicas de análisis documental. Previamente se han fijado parámetros de análisis de la legislación en el marco de los objetivos generales y específicos planteados a los fines de este trabajo. Como elemento de trabajo metodológico se ha construido un protocolo de análisis para el examen exhaustivo de la legislación.

Al ser la presente investigación un estudio de caso referido a la legislación de la República Argentina en el período 2013, los resultados arrojados no son susceptibles de generalización alguna.

1.1. PALABRAS CLAVES:

Discapacidad–Nivel de atención y tratamiento en modalidad ambulatoria–Modelos de atención de la discapacidad:Prescindencia–Rehabilitador–Bio-psico-social-Legislación sobre discapacidad - Aceptación de las personas con discapacidad-Diversidad y la condición humana– Convención de los derechos de las personas con discapacidad: Principios: Respeto y derechos a: la dignidad, autonomía individual, la no discriminación, la participación e inclusión en la sociedad, la igualdad de oportunidades y de género, accesibilidad, preservar la identidad – Organización de las Naciones Unidas O.N.U. - Multidiscapacidades y Multidimensionalidad – Barreras - Derechos Humanos – Financiadores Prestaciones y coberturas-SUR (Sistema Único de Reintegros, ex A.P.E. Administración de Programas Especiales) - Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad. Categorización.

2. Introducción ►

2.1. Introducción al Tema /Problema:

En el presente capítulo se describirán los conceptos más destacados de los autores más calificados respecto a la disciplina de abordaje de la presente investigación demasitados adjetivos calificativos.

Esta investigación se basa en analizar comparativamente algunas prestaciones del Eje de atención ambulatoria, de la de Discapacidad Ley Nro. 24.901/97 y resoluciones vigentes (Resolución N° 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación M.S.); con los principios vertidos en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad: Ley N° 26.378/2006 –ratificada en el 2008–.

2.2. Antecedentes del problema a abordar:

En el presente estudio, se abordará con profundidad los modelos vigentes a lo largo de la historia de la patología de la discapacidad, siendo desde la Segunda Guerra Mundial, principalmente, el modelo médico rehabilitador el que dará sustento a la modalidad de abordaje de la discapacidad hasta el desarrollo, en las últimas décadas, de un modelo de construcción social de la discapacidad, que propenda a superar el enfoque médico. Asimismo, tenderá a relacionar el diagnóstico clínico con el entorno y las posibilidades de las personas con discapacidad.

La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera distinta en diferentes períodos históricos y en las diversas civilizaciones. El concepto de discapacidad fue evolucionando. La misma evolución está reflejada en el modelo de atención de la salud de las personas con discapacidad.

Esta evolución se vio plasmada en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad que incorpora el concepto sujeto de derecho. En dicha Convención, se sitúa al individuo en el centro de todas las decisiones que le afecten, y enmarca el centro del problema fuera de la persona, en la sociedad. De este modo, las soluciones frente a la situación de desventaja de las personas con discapacidad se plantearían a partir del respeto a los valores esenciales que son el fundamento de los derechos humanos.

Cabe destacar que, la herramienta fundamental del análisis será, en términos generales, el traspaso de la clasificación médica denominada Clasificación Internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDMM) a la más amplia C.I.F. (Clasificación Internacional de Funcionalidad). Todos estos modelos serán descriptos en el marco teórico de la presente investigación.

3. Planteamiento del Problema ►

3.1. Planteamiento del Tema:

3.1.1. Tema y cuestión a abordar:

Fundamentalmente, el planteo del tema a abordar subyace en el análisis y comparación de los dispositivos de las prestaciones pertenecientes al Eje “Nivel de atención y tratamiento – Modalidad de atención ambulatoria” en el contexto de la legislación vigente, y en función de los Principios enunciados en la Ley Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención de los derechos de las personas con discapacidad en la República Argentina, abordado para la presente investigación en el período de estudio: año 2013.

En función a lo expresado precedentemente, cabe destacar que el propósito de la Convención es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto los derechos humanos por las personas con discapacidad. La misma, cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación.

La Convención marca un cambio en el abordaje del concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad.

Para lo cual, se ha analizado la manera en la cual se ha materializado la legislación vigente, Ley Nº 24.901/97 y su modificatoria, haciendo un recorrido histórico sobre las leyes que existen en la República Argentina en materia de discapacidad, hasta llegar a la Ley Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención de los derechos de las personas con discapacidad en la República Argentina.

3.1.2. Problema:

El problema surge ante la relevancia que implica la aparición de la Ley Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad frente a una legislación y un sistema de atención de la década de los ´90.

El abordaje del problema se circunscribe en la descripción y el análisis de la relación entre los Principios de la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad y la actualidad asistencial de las personas con discapacidad en la República Argentina, delimitada actualmente por la legislación vigente en materia de atención.

Por lo cual, conforme lo expresado precedentemente, el problema radica en ***¿cómo la legislación vigente ha sido estructurada y si se encuadra dentro de los Principios vertidos en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad? y si la legislación anterior a la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad se encuentra vigente o nó, en función a estos parámetros.***

A efectos de una mejor comprensión e interpretación del tema objeto de estudio, se enuncian brevemente, a continuación, los **Principios de la Convención** (que serán ampliados en el marco teórico de la presente investigación), los cuales están referidos a cómo debería ser la atención de las personas con discapacidad.

En el "Artículo 3º se expresan los Principios generales de la misma:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.”¹

Los principios precedentemente enunciados en el Artículo 3º de la Convención se convertirán a efectos del presente trabajo, en los Parámetros en donde se estructura la atención de las personas con discapacidad en comparación a la legislación y modelos de cobertura de la atención asistencial integral de los '90.

Cabe considerar que, en referencia al modelo de atención, en el contexto de "la actualidad asistencial delimitada por la legislación vigente", se delimita específicamente en el marco de los Financiadores de la Seguridad Social (Obras Sociales / Medicinas Prepagas), en el cual, el modelo que continúa vigente es el Modelo Médico Rehabilitador. Es por ello que, los Financiadores autorizan a brindar las prestaciones que estrictamente están enumeradas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad que estableció el Ministerio de Salud de la Nación en el año 1999 con sus posteriores modificaciones: Resolución Nº 428/1999 del M.S., que a su

¹ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Art. 3.

vez, son las prestaciones que tienen recupero por la vía de SUR (Sistema Único de Reintegros, ex A.P.E. Administración de Programas Especiales), salvo los casos que se judicializan, en los cuales generalmente los jueces fallan a favor de la persona con discapacidad y hacen cumplir sus derechos en función del Modelo de los derechos humanos, plasmado en la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad. “Que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos, parece en la actualidad ser una afirmación no factible de ser cuestionada. Sin embargo, hasta tiempos no muy lejanos, la mirada hacia *la discapacidad partía desde una concepción caritativa*, que no llegaba a comprender la complejidad social de este fenómeno...Ello sin duda es el resultado de una historia de persecución, exclusión, y menosprecio a la que las personas con discapacidad se vieron sometidas desde tiempos muy lejanos”.² “...Si bien podría afirmarse que las respuestas sociales y jurídicas hacia la discapacidad han ido fluctuando como consecuencia de estas dos perspectivas —que, o la consideraban resultado del pecado, o la consideraban una enfermedad—, es posible distinguir **tres modelos de tratamiento**³, que a lo largo del tiempo se ha dispensado a las personas con discapacidad, y que, en algunos ámbitos coexisten (en mayor o menor medida) en el presente...”.⁴

3.1.3. Fundamentación:

El propósito de este trabajo es generar información sobre el cambio de paradigma de la evolución de la atención de la salud de las personas con discapacidad relacionado con la legislación vigente y con los conceptos inherentes a los Principios de la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad.

Esta investigación, en el marco de la Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad, cobra relevancia ya que aporta nuevos conocimientos “enriquecedores”⁵ que impactarían en la gestión de los servicios que brindan a través de su cobertura los Financiadores de Salud en la República Argentina, en el ámbito legal y por sobretodo en la tipología de la atención de las personas con discapacidad.

Los principios de la Convención van en el Marco Teórico, y en todo caso se pueden volver a enunciar en la metodología, ya que forman parte de las dimensiones a partir de las cuales se va a analizar la legislación.

² QUINN, G. Y DEGENER, T., Derechos Humanos y Discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad, Documento Naciones Unidas HR/PUB/02/1, Nueva York y Ginebra, 2002.

³ Modelo de prescindencia, rehabilitador y social. Dichas variables y sus dimensiones serán operacionalizadas en el marco teórico de la presente investigación.

⁴ Palacios A., 2008; pág. 25.

⁵ Atento a que, no se han encontrado producciones textuales que aborden este tipo de estudio, se considera que la presente investigación posee el carácter de originalidad, y de relevancia para ser considerada por los actores judiciales, en particular.

3. Objetivos ►

3.1. Objetivo General:

Analizar la legislación vigente en la República Argentina en relación a los dispositivos de prestaciones pertenecientes al Eje “Nivel de atención y tratamiento” – Modalidad de atención ambulatoria en relación a los Principios enunciados en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

3.2. Objetivos Específicos:

3.2.1. Describir e identificar las prestaciones de la Ley Nº 24.901/1997 a analizar del marco básico de prestaciones en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

3.2.2. Identificar los Principios de la Ley Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

3.2.3. Analizar y describir comparativamente las prestaciones identificadas en las Leyes Nº 24.901/97 y la Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008-, en función de los principios vertidos en ésta última mencionada, determinado sus diferencias.

3.2.4 Determinar la articulación vigente con la legislación anterior y actual respecto a la Ley Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Además, identificar y analizar su estructuración / vigencia; y su encuadre dentro de los parámetros referidos a los principios de la Convención, referida precedentemente y las características de la tipología de las coberturas de los Financiadores.⁶

⁶ A efectos de dar cumplimiento de algunos de los objetivos específicos mencionados, se expone en el **Anexo I** del presente trabajo final integrador un *Cuadro Comparativo de la legislación vigente y los principios de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad*, cuya fuente es de elaboración propia.

4. Marco Teórico ►

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando con el paso de los años.

Desde el año 1981, con la Ley N° 22.431: Sistema de protección integral de las personas discapacitadas, en su Artículo 2º, a los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que con relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe, define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como Parálisis Cerebral, Síndrome de Down o Depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social, entre otros).

Pero el cambio de Paradigma tiene su eje en la consideración de la Discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos. Es por ello que, a través de la presente investigación, se hará un recorrido por los modelos de atención para personas con discapacidad, abordando las distintas tipologías de modelos: desde el Modelo de prescindencia hasta el Modelo Bio- psico- social.

Cabe destacar a la vez, la importancia del *preámbulo de la Convención* de los derechos de las Personas con Discapacidad, atento a que la discapacidad es un concepto que evolucionó y que resultó de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, (Inc. e).

Se han encontrado barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas partes del mundo...(Inc. k).

Cabe destacar además que, en el Informe País del año 2012, sobre la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad, se describe dicho cambio, el cual refiere a la atención de la salud en los modelos de la atención para las personas con discapacidad.

Específicamente, en el Punto 25 que cita la Revista “Salud”, describe que la discapacidad a través de la clasificación de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud), en la cual tiene como principal objetivo brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud, con una mirada bio – psico – social.

Lo expresado precedentemente está mencionando el cambio de paradigma en la atención médica sobre la patología objeto de estudio de la presente investigación.

Es importante mencionar, que actualmente, en la República Argentina, están conviviendo más de un modelo de atención en forma simultánea, ya que el cambio de paradigma es un proceso, e intervienen en el mismo múltiples factores.

En dicho cambio de paradigma, es dable mencionar que en la Ley Nº 26.378/2006 –ratificada en el 2008–: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y protocolo facultativo. Asimismo, la ONU (2006), define en su Artículo 1º que “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás...”. En el mismo artículo, define el propósito de la Convención. En el mismo, describe que es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

4.1. Evolución de los Modelos Conceptuales de los paradigmas de la Discapacidad

“...Hay una evolución de los Viejos a los Nuevos Modelos Conceptuales de la discapacidad:

- Paradigma **tradicional**: asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del Maligno.
- Paradigma de la **rehabilitación**: donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.
- Paradigma de la **autonomía personal**: con el logro de una vida independiente como objetivo básico.⁷
- El **Modelo bio-psico-social** contempla la interacción entre un individuo (con una deficiencia) y su entorno físico y social. El análisis del fenómeno contempla sus diversas dimensiones (multidimensionalidad)..."

"...El modelo biomédico vigente por muchos años, abrió la posibilidad de grandes desarrollos en salud, sin embargo, este punto de vista es insuficiente ya que no tiene en cuenta que las causas de la enfermedad no son de forma aislada las alteraciones bioquímicas, anatómicas o funcionales, sino que además son de gran importancia en la consideración del aspecto económico y familiar que intervienen en la enfermedad.

No hay que olvidar las características psico-sociales que tiene cada persona en situación de discapacidad, si no se generaría una simplificación reduccionista, y se observaría al hombre como una simple máquina de órganos y sistemas..."⁸ Éste último modelo se describe a continuación:

4.2. El Modelo Bio-psico-social

"El **Modelo Bio-psico-social**, tiene sus inicios en 1977 con George Engel, el cual propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. El modelo bio-psico-social derivado de la teoría general de los sistemas, parte de la biología y corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico.

Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales, entre otros factores. Dichas barreras cambian, por tanto, la función del profesional en salud, que ya no sería sólo curativo de enfermedades, trastornos, deficiencias sino **cuidar la salud** y la vida teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital."⁹

⁷Seminario de discapacidad: Modelos conceptuales tradicionales y actuales: Unidad 2: <http://cvc.isalud.edu.ar/course/view.php?id=479>

⁸ Vanegas García J.H. / Gil Obando L.M., 2007.

⁹ Op. Cit. Vanegas García/ Gil Obando, 2007.

En la óptica de ese cambio de paradigma se efectuó el presente trabajo final integrador.

En base al análisis de los modelos y/o paradigmas, se arriba al concepto del Modelo Bio-Psico-Social, reflejado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La autora Agustina Palacios, en su libro *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, incluye **la clasificación de Tres Modelos**: (págs. 27 a 106):

Un primer modelo, que se podría denominar **de prescindencia**, en el que se supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que —por lo desgraciadas—, sus vidas no merecen la pena ser vividas.

El segundo modelo es el que se puede denominar **rehabilitador**. Desde su filosofía se considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, sino científicas (derivadas en limitaciones individuales de las personas). Las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas.

Finalmente, **un tercer modelo**, denominado **social**, es aquel que considera que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia.

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros.

Se describen a continuación, los modelos expuestos precedentemente:

4.3. EL MODELO DE PRESCINDENCIA

Las características y conceptos esenciales del modelo que se denominará de *prescindencia* son dos: la justificación religiosa de la discapacidad, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad.

En primer lugar entonces, se asume que las causas que dan origen a la discapacidad son religiosas: un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o una advertencia de los dioses acerca de que la alianza se encuentra rota y que se avecina una catástrofe.

En cuanto al segundo precepto, se parte de la idea de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, que es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad.

Ahora bien, dentro del *modelo de prescindencia*, se considera posible distinguir la existencia de **dos sub-modelos**: el *eugenésico* y el de *marginación*. Esta distinción se basa en las diversas consecuencias que pueden derivarse de aquella condición de *innecesariedad* que caracteriza a las personas con discapacidad. Así, se verá que —si bien desde ambos sub-modelos se prescinden de las vidas de estas personas, existen las siguientes diferencias:

- **En el Sub-Modelo Eugenésico:** la solución es perseguida a través de la aplicación de políticas eugenésicas. Un rasgo esencial del modelo de prescindencia es la consideración de que las personas con discapacidad no tienen nada que aportar a la comunidad. La diversidad funcional es vista como una situación desgraciada —tan desgraciada que la vida en dichas condiciones no llega a ser concebida como digna—. En consecuencia, la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merece la pena ser vivida, sumada a la creencia acerca de su condición de carga —para los padres o para el resto de la comunidad— origina que la solución adoptada por el sub-modelo bajo análisis, o sea prescindir de estas personas, mediante el recurso a prácticas eugenésicas.

- **En el Sub-Modelo de Marginación** dicho objetivo es alcanzado mediante la marginación. La característica principal presente en este sub-modelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o la advertencia de un peligro inminente.

Es decir, que —ya sea por menosprecio ó ya sea por miedo—, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad.

A diferencia del sub-modelo eugenésico, ya no se comente infanticidio, aunque gran parte de los niños y niñas con discapacidad mueren como consecuencia de omisiones —ya sea por falta de interés y recursos, o por invocarse la fé como único medio de salvación. En cuanto a quienes subsisten o a los mayores de edad, la apelación a la caridad, el ejercicio de la mendicidad y ser objeto de diversión, son los medios de subsistencia obligados. De igual modo que en el sub-modelo de *exterminio*, la diversidad funcional tiene un provecho: “ser centro de diversión”. Aunque muchas de las características definitorias de este sub-modelo son una constante histórica.

Cabe mencionar un ejemplo a modo de resultar ilustrativo, el mismo puede encontrarse en el tratamiento brindado a las personas con discapacidad durante la Edad Media.

Si bien las explicaciones religiosas medievales fueran diferentes de las alegadas por los antiguos, e incluso dentro del cristianismo se presentaran de manera fluctuante —el poder de Dios o la consecuencia del pecado original— o como obra del diablo desde la creencia supersticiosa; el hecho de considerar a la diversidad funcional como una situación inmodificable originaba que la misma debiera ser aceptada con resignación.

4.4. EL MODELO REHABILITADOR

Las características o conceptos fundamentales del modelo que se denominará rehabilitador son dos. En primer lugar, *las causas que se alegan para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas.*

En este modelo *ya no se habla de Dios o diablo, divino o maligno, sino que se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad.* En segundo lugar, las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que en este modelo se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque —como se verá— ello ocurre en la medida en que sean *rehabilitadas o normalizadas.*

Desde la visión prevaleciente en este modelo, entonces, se considera que la persona con discapacidad puede resultar de algún modo *rentable* a la sociedad, pero dicha rentabilidad se encontrará supeditada a la rehabilitación o normalización y, esto significa en definitiva, supeditarlo a que la persona logre asimilarse a los demás —válidos y capaces— en la mayor medida de lo posible.

Ahora bien, siendo las causas que se alegan para explicar el nacimiento de una persona con discapacidad científicas, ciertas situaciones pasan a ser consideradas *modificables*. Y la asunción de la diversidad funcional como una *enfermedad*, fruto de causas naturales y biológicas, se traduce en la posibilidad de mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas, como también en el desarrollo de los medios de prevención, tratamientos de rehabilitación, y como se analizará más adelante, contempla una cierta manera de comprensión del significado *de la integración social*.

Sobre “este Modelo” se seguirá trabajando en el desarrollo del presente trabajo final, ya que aún sigue vigente en la República Argentina, y convive y se sustenta en la Ley Nº 24.901/97 y en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.

4.5. EL MODELO SOCIAL

Podría afirmarse que el origen, el desarrollo y la articulación del modelo bajo análisis se han generado básicamente a través del rechazo a los fundamentos expuestos anteriormente.

Los supuestos fundamentales del modelo social son dos:

✓ En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social.

✓ En cuanto al segundo supuesto —que se refiere a la utilidad para la comunidad— se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de las personas —sin discapacidad—. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.

4.6. Conceptos básicos de Inserción Social

Estos conceptos generan importantes consecuencias, entre las que se destacan las repercusiones en las políticas para ser adoptadas sobre las cuestiones que involucren a la discapacidad. Asimismo, si se considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino más bien que deben encontrarse dirigidas hacia la sociedad. De este modo, el viejo modelo anterior se centra en la rehabilitación o normalización de las personas con discapacidad, mientras que el último modelo bajo análisis aboga por la rehabilitación o normalización de una sociedad, pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas. Ahora bien, partiendo de los conceptos ya mencionados, y a los efectos de una mejor comprensión del modelo a describir, podrían identificarse las siguientes características: La vida de una persona con discapacidad tiene el mismo sentido que la vida de una persona sin discapacidad.

En esta línea, las personas con discapacidad remarcan que ellas tienen mucho que aportar a la sociedad, pero para ello, deben ser aceptadas tal cual son, ya que su contribución se encuentra supeditada y asimismo, muy relacionada con la inclusión y la

aceptación de la diferencia. *El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es “rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades”.* Conforme a dicha idea, las niñas y niños con discapacidad deben tener las mismas oportunidades de desarrollo que las niñas y niños sin discapacidad, y la educación debe tender a ser inclusiva —adaptada a las necesidades de todos— como regla general, reservándose la educación especial como última medida.

En cuanto a los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad, desde el modelo bajo análisis, se plantea como métodos idóneos a la seguridad social y el trabajo ordinario, y sólo excepcionalmente se acepta “*el protegido*”. De todos modos, cabe resaltar que la connotación que tenía el trabajo como medio exclusivo de integración social en el modelo rehabilitador, es cuestionada por el modelo social, desde el cual se sostiene que el empleo no es la única manera de inclusión dentro de la sociedad. Por último, en lo relativo a las respuestas sociales, las mismas se basan en la búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades. Se observará que, a dichos fines, se presentan una serie de medidas, entre las que se destacan la accesibilidad universal, el diseño para todos, la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, entre otras cuestiones de las mencionadas políticas y de gestión.

Como se ha destacado en la introducción del presente trabajo, el modelo social se presenta, en cierto modo, en la actualidad como un reclamo, una aspiración, un ideal a alcanzar. Por ende, ciertos conceptos que han sido plasmados en el ámbito del Derecho, aún no podría llegar a afirmarse que rijan en el ámbito de la dimensión social. Es por ello que, las características descriptas anteriormente han sido deducidas de ciertas demandas sociales y de sus recepciones normativas, pero no son una descripción exacta de lo que sucede en el escenario sociológico actual / coyuntural (al año 2013: período de estudio del presente trabajo de investigación final).

Los conceptos expuestos precedentemente, traen aparejados ciertas consecuencias que afectan al modo de presentación del modelo, que si bien se intentará plasmar de manera similar a los anteriores, merece en esta etapa una breve reflexión sobre sus antecedentes inmediatos, y sobre el modo en que la teoría filosófica que lo justifica se fue formando.¹⁰ Sobre “este último Modelo” se continúa trabajando en el desarrollo del presente trabajo final, ya que está vigente en la República Argentina, y desde ya que convive y se superpone en algún punto, con el Modelo Rehabilitador.

¹⁰ Op. Cit. Palacios A., 2008; pág. 105.

4.7. P.M.O.E.: El Programa Médico Obligatorio de Emergencia (Resolución N° 201/2002 MS) determina expresamente el alcance de las coberturas para los beneficiarios de obras sociales (y prepagas por la Ley N° 24.754) en materia de aparatos ortopédicos y prótesis en estos términos: “8.3.3. Prótesis y ortesis: La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el agente del seguro será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto.

El agente del seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación; sólo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad del agente del seguro se extingue al momento de la provisión de la prótesis nacional”.¹¹

El Programa Médico Obligatorio distingue entre prótesis e implantes de colocación interna permanente de las ortesis y prótesis externas, otorgándoseles a las primeras una cobertura al 100% y a las segundas del 50%. Pero la Ley N° 24.901/97 no efectúa diferencia alguna entre ambas prestaciones, ya que determina que deben proveerse “los necesarios”, y en consecuencia cabría preguntarse si la mencionada ley establece una cobertura diferente o debe estarse a lo que establece el Programa Médico Obligatorio.

A efectos de abordar el planteo propuesto, resulta útil definir qué es “prótesis” y qué es “ortesis”, distinciones que incluso son dificultosas hasta para algunos de los médicos.

Se define como prótesis a la sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por ser una pieza o implante especial, que reproduce más o menos exactamente lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial implantado en el organismo.

En ortopedia, es el aparato que sustituye una extremidad que falta o una parte de la extremidad (mano, pie, etc.). La palabra “prótesis” proviene del griego: procedimiento mediante el cual se repara artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

¹¹ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma.htm>

Asimismo, se define como *ortopedia*, el arte de corregir o de evitar las deformidades del cuerpo humano, por medio de ciertos aparatos o de ejercicios corporales.

Es entonces que, *la prótesis* sustituye una parte del esqueleto o de un órgano; en cambio, *la ortesis* corrige o sustituye una función.

En la República Argentina se posee, por un lado, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia que determina reglas de cobertura de prótesis y ortesis en forma general para todos los beneficiarios de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y, por el otro, la Ley N° 24.901/97, que determina coberturas especiales para los beneficiarios con discapacidad del mismo sistema y para aquellos que, no teniendo cobertura alguna, y sus prestaciones deben ser garantizadas por el Estado nacional.

El Artículo 1° la Ley N° 24.901/97 determina que el objetivo de la misma es asegurar un sistema de prestaciones “básicas” de atención “integral” y estos fines contemplan 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. Particularmente el Artículo 27, referido el tema y objeto de estudio del presente trabajo final integrador, establece la obligación de proveer “lo necesario”.

En conclusión, se entiende que la cobertura que la ley determina para las prótesis, ortesis, ayudas técnicas y aparatos ortopédicos es en todos los casos del 100%.

Sin embargo, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia resulta de la aplicación ineludible en cuanto a enmarcar los alcances de esa cobertura al 100% cuando exige que:

- a) El monto máximo a erogar por el agente de salud (obra social/financiador) sea el de la mínima cotización en plaza del producto.
- b) La prescripción será efectuada por nombre genérico, sin aceptarse sugerencias de marca, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a una prescripción encubierta de un determinado producto.
- c) La regla será la prescripción de prótesis nacionales y sólo se aceptará una importada de menor valor en plaza, cuando no haya nacionales.

Habiendo prótesis u ortesis nacionales, la obligación de cobertura del agente de salud se extingue con la provisión de ésta.

Se considera aceptable para la cobertura de la discapacidad, las mismas no deben ser rígidas y deben adecuarse a las necesidades de las personas con discapacidad.

El **tercer inciso del Artículo 39** comentado precedentemente, se encuadra claramente 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 de la persona con discapacidad—servicios de diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo, limitándolos a los casos de las personas que presentan patologías genético-hereditarias a fin de ayudar y sostener al grupo de contención del beneficiario. La norma no resulta irrazonable en tanto a que este tipo de patologías (de origen genético) muchas veces incorporan culpas o auto-responsabilidades desde el imaginario de los miembros de la familia y en cierta medida implican una necesidad cuando se trata de una discapacidad que puede transmitirse a la descendencia. Sin lugar a dudas, un trabajo profesional con la familia, ayudaría al tratamiento de la persona con discapacidad y facilitaría su integración.

4.8. Asistencia Domiciliaria: Finalmente, analizando a la Ley N° 26.480 (2009), la misma incorporó un cuarto inciso a este artículo que dice: **“d) Asistencia domiciliaria:** Por indicación exclusiva del equipo interdisciplinario perteneciente o contratado por las entidades obligadas, las personas con discapacidad recibirán los apoyos brindados por un asistente domiciliario a fin de favorecer su vida autónoma, evitar su institucionalización o acortar los tiempos de internación. El mencionado equipo interdisciplinario evaluará los apoyos necesarios, incluyendo intensidad y duración de los mismos así como su supervisión, evaluación periódica, su reformulación, continuidad o finalización de la asistencia.

El asistente domiciliario deberá contar con la capacitación específica avalada por la certificación correspondiente expedida por la autoridad competente. Aunque la redacción del inciso es compleja y confusa, es claro que se incorporó para las personas con discapacidad una nueva prestación que es el asistente domiciliario, que no constituye como muchas veces se lo confunde, con un acompañante terapéutico. El paradigma del artículo está acorde con la Convención: vida autónoma, desinstitucionalización de las personas con discapacidad y reducción de los tiempos de internación.

El asistente domiciliario, en el encuadre del Artículo 12 de la Convención Internacional de derechos para las personas con Discapacidad, funciona como el ejecutor de la voluntad de la persona con discapacidad en todo aquello que por si mismo no pueda ejecutar, debiéndose en el paradigma de la Convención, a) Respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, b) Que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, y c) debe ser ofrecido en forma proporcional y adaptadas a las circunstancias de la persona.

Esta nueva prestación funciona como un apoyo que se sustente en la confianza, se proporcione con respeto, y nunca en contra de la voluntad de la persona con discapacidad.

4.9. Las Prestaciones pertenecientes al Eje “Nivel de atención y tratamiento – Modalidad de atención ambulatoria, enumerados en el Nomenclador de Prestaciones para personas con discapacidad (Resolución N° 428/1999 del Ministerio de Salud de la Nación):¹²

Cabe destacar que no se mencionará el ítem “Valores”, con la intención de poder focalizar el alcance del presente trabajo final integrador específicamente en los objetivos propuestos en el mismo. La investigación de los “valores” ameritaría otro trabajo de investigación.

4.9.1. Atención ambulatoria:

4.9.1.1. Definición: Está destinado a personas con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

4.9.1.2. Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

4.9.1.2. Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Consultorios de rehabilitación de Hospitales.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular.

¹² <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/62835/norma.htm>

4.9.1.3. La modalidad de cobertura:

- I) **Módulo de tratamiento integral intensivo:** comprende semana completa (5 días).
- II) **Módulo por tratamiento integral simple:** incluye periodicidades menores a 5 días semanales.

4.9.1.4. Comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - Kinesiología
- Terapia ocupacional.
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda.

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

4.9.2. Módulo: Hospital de Día:

4.9.2.1. Definición: Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

4.9.2.2. Población: Está destinado a personas con todo tipo de discapacidades físicas (motoras y sensoriales) que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

4.9.2.3. Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de hospitales de Día Psiquiátricos, los que están contemplados en el Nomenclador de Hospital Público de Autogestión.

4.9.2.4. Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Centros de Rehabilitación.

4.9.2.5. Modalidad de Cobertura:

Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

El Módulo incluye honorarios profesionales (Consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamientos necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación y el almuerzo en el de jornada doble.

4.9.3. Centro de Día:

4.9.3.1. Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

4.9.3.2. Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

4.9.3.3. Prestación Institucional: Centros de Día.

4.9.3.4. Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

4.9.4.- Centro Educativo-Terapéutico:

4.9.4.1. Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo, comprende el apoyo específico de aquellas personas con discapacidades cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.

4.9.4.2. Población: Personas con discapacidades mentales (psicóticos, autistas), lesionados neurológicos, parálíticos cerebrales, personas con multi-discapacidades, etc., entre los 4 y los 24 años de edad.

4.9.4.3. Prestación Institucional: Centro Educativo-Terapéutico.

4.9.4.4. Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

4.9.5. Módulo de Estimulación Temprana:

4.9.5.1. Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

4.9.5.2. Población: Niños con discapacidad de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

4.9.5.3. Prestación Institucional: Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

4.9.5.4. Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.

4.9.6.- Educación Inicial:

4.9.6.1. Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

4.9.6.2. Población: Niños con discapacidades entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, con discapacidades sensoriales, con discapacidades motores con o sin compromiso intelectual.

4.9.6.3. Prestación Institucional: Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

4.9.6.4. Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

4.9.7.- Educación General Básica:

4.9.7.1. Definición: 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 correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

4.9.7.2. Población: Niños con discapacidades entre 6 y 14 años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, con discapacidades sensoriales, con discapacidades motores con o sin compromiso intelectual.

4.9.7.3. Prestación Institucional: Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

4.9.7.4. Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

4.9.8.- Apoyo a la Integración escolar:

4.9.8.1. Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

4.9.8.2. Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otras), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles – Educación inicial, EGB, Polimodal. Entre los 3 y los 18 años de edad.

4.9.8.3. Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

4.9.8.4. Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultáneo y/o sucesiva, según corresponda.

4.9.9.- Formación laboral y/o rehabilitación profesional:

4.9.9.1. Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional 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 deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

4.9.9.2. Población: Adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidades entre los 14 y los 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas con discapacidad adquirida podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

4.9.9.3. Prestación Institucional: Centros o escuelas de formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional.

En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.

4.9.9.4. Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

Nota: No es la intención del presente estudio reproducir toda la legislación¹³. Asimismo, y a efectos de brindar coherencia, articulación y comprensión e interpretación al lector es que, en función de los objetivos planteados en el presente estudio, el Marco teórico propende a orientar a los mismos en relación con los conceptos de la legislación, y particularmente en el concepto de atención de la discapacidad.

Es por ello que, se amplía en el **Anexo IV** del presente estudio el sistema de atención de la discapacidad.

¹³ La legislación nacional se encuentra ampliada en el **Anexo II** de la presente investigación.

4.10. Principios de la Convención:

Se definen a los “**principios**” en sentido genérico como todo el conjunto de estándares que no son normas.¹⁴

El autor Dworkin R. indica que “...cuando decimos que un determinado principio es un principio de nuestro derecho, lo que eso quiere decir es que el principio es tal que los funcionarios deben tenerlo en cuenta, si viene al caso, como criterio que les determine a inclinarse en uno u otro sentido...”¹⁵.

Estos principios tienen ese carácter y constituyen junto con el Artículo 12, el corazón de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad.

La Convención menciona en el Artículo 3º *los principios* en que se funda.

Mas allá de los principios ya receptados en otras convenciones, rescatamos el principio de autonomía individual, libertad de tomar decisiones e independencia de las personas (opuesto a la consideración habitual de las personas con discapacidad como objetos de atención/cuidado y no como sujetos de derecho, casi como niños/as aún en los casos en que pueden decidir sobre aspectos importantes de su vida); el respeto a la diferencia y diversidad humanas (principio básico y previo al reconocimiento de otro/a en su individualidad y por ende el respeto a sus propias convicciones y decisiones) y la mirada de género de la Convención y la consideración de los niños/as con discapacidad como sujetos de derecho en evolución y su identidad individual, distinta de sus padres o representantes legales (en tanto exige la preservación de su identidad propia).

Tal como expresara el autor Hugo Fiamberti, en el artículo sobre los “Derechos de las personas con Discapacidad”¹⁶, “La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un tratado internacional aprobado en diciembre del año 2006 – ratificada en el 2008– en la sede de Naciones Unidas en el que se recogen los derechos de las personas con discapacidad, así como las obligaciones de los Estados miembros en la promoción y la protección de sus derechos.”¹⁷

¹⁴ Dworkin, R., 1993; p.59.

¹⁵ Op. Cit. Dworkin, R., 1993; p.59.

¹⁶ http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/Discapacidad_Salud_Pobreza.pdf.

¹⁷ Sit. Cit. http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/Discapacidad_Salud_Pobreza.pdf.

“La sanción de la Convención Internacional sobre derechos de las personas con discapacidad, es de suma importancia, por varias razones:

- Encara definitivamente el tema desde un nuevo enfoque. Significa no solamente romper el modelo médico, sino introducir con toda la fuerza del derecho internacional el enfoque de Derechos Humanos.
- Pone fin a una larga discusión sobre la denominación de las personas con discapacidad, desechando conceptos lesivos como invalidez y minusvalía.
- Invalida todas las formas de discriminación, y si bien no significa terminar con ellas las considera definitivamente hijas del prejuicio y los estereotipos.
- Enuncia en los 50 artículos todos los derechos específicos de las personas con discapacidad.

La Convención es producto de una formidable construcción colectiva entre representantes de los países integrantes y de los principales movimientos y organizaciones del mundo de las personas con discapacidad, en este sentido el grado de participación fue inédito en la historia de los procesos de sanción de tratados de orden internacional.

Este tratado marca un antes y un después a la hora de diseñar, implementar y monitorear leyes, normas y políticas públicas que incidan en la vida de las personas en situación de discapacidad.”¹⁸.

A la hora de retomar el análisis comparativo de la legislación previamente enunciada en los objetivos del presente trabajo, se ha considerado relevante, tomar por último, otro eje complementario de análisis, que son las Normas del Marco de Categorización de Prestadores de Servicios de atención a personas con discapacidad.¹⁹

Al mismo tiempo en este trabajo, las Normas serán los parámetros a la luz de los cuales en el desarrollo se podrá evaluar la forma en que las prestaciones se encuentran enunciadas en la legislación con la connotación adecuada en cuanto a los principios de la Convención.

¹⁸ Sit. Cit. http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/Discapacidad_Salud_Pobreza.pdf.

¹⁹ Resolución N° 2/2013 <http://www.snr.gob.ar/uploads/Resolucion%202-13.pdf>.

La Resolución N° 2/2013 del Sistema de Prestaciones básicas de Atención Integral a favor de las personas con discapacidad, enuncia las Normas Marco de Procedimiento de **Categorización de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad**. Dicha Resolución deroga o deja sin efecto a la Resolución N° 100/2007 (antiguo marco básico).

La norma mencionada precedentemente es la que nos enuncia los **Requisitos que deben cumplir las instituciones** que brindan servicios para personas con discapacidad, en sus diferentes modalidades de atención, **si desean categorizar sus servicios a través del Servicio Nacional de rehabilitación (SNR)**.

Algunos de los Requisitos que solicita el Servicio Nacional de Rehabilitación son:

1) La auditoría que envía el SNR debe ser efectuadas por una junta evaluadora de servicios que se establezca en cada región. Dicha junta interdisciplinaria estará integrada por: Médico, Asistente Social, Arquitecto y un Psicólogo. Si se fuere a auditar un Servicio Educativo o Educativo terapéutico: la junta deberá incluir un Lic. Ciencias de la educación o un Psicopedagogo.

2) Algunos de los ejemplos a los que aplica la Evaluación son: instituciones nuevas al sistema, o a las que pretenden categorizar, o a aquellas que quieren cambiar su categorización, o a Instituciones que desean aumentar la cantidad de cupos, o aquellas Instituciones que deseen mudarse.

3) La evaluación se efectuará bajo la aplicación de las guías de evaluación del marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a PCD y de las Normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación. (Resolución N° 14/2000).

4) Se efectuarán auditorías de control sobre las entidades registradas en cada región. Las auditorías completarán las guías de evaluación. Armarán un acta con las falencias y el tiempo que posee la institución para resolverlas.

5) Se solicitan requisitos de Seguridad e higiene y Edilicios:

- plano de física aprobado,
- habilitación municipal,
- habilitación de incendios,
- plan y plano de evacuación,
- seguro de responsabilidad civil comprensiva.

6) Requisitos de Seguridad e Higiene: certificado que acredite la realización del análisis bacteriológico físico-químico del agua y contar con servicio de recolección de residuos patogénicos.

7) Descripción de los objetivos generales y específicos de cada tipo de servicio. Descripción del perfil de la población a atender, incluyendo edades, criterios de admisión y egreso. Incluir los Plan de Trabajo.

8) Exhibir los títulos, datos personales: nombres y apellidos, matrícula, de los miembros directivos, carga horaria diaria. Cada modalidad prestacional se deberá presentar por separado. En caso de no poder exhibir los títulos originales, puede ser copia certificada por escribano público. A su vez, los títulos deben ser legalizados por la autoridad competente.

9) Si la organización posee ascensores, debe incluir copia del último servicio efectuado.

4.11.- Guías Específicas: Por otro lado, hay Guías Específicas²⁰ para cada tipo de modalidad de atención, que fueron aprobadas por la Resolución N° 14/2000.

Se mencionan algunas de ellas a continuación:

- Guía de botiquín de primeros auxilios
- Guía de Evaluación Físico Funcional Básica
- Guía de Evaluación Físico Funcional Educación Inicial
- Guía de Evaluación Físico Funcional Estimulación Temprana
- Guía de Evaluación Físico Funcional Hogar
- Guía de Evaluación Físico Funcional Modalidades Ambulatorias
- Guía de Evaluación Físico Funcional Planilla de Ambientes²¹

4.12.- Historia y contexto Mundial de las normativas de la discapacidad:

Atento a su extensión, y para brindar comprensión e interpretación sobre el punto de referencia, es que se amplía en el **Anexo III** de la presente investigación su historia y contexto histórico.

²⁰ La investigación referida a las Guías Específicas ameritaría otro estudio.

²¹ Guías de Evaluación: <http://www.snr.gov.ar/publicacion.php?id=78>.

5. Metodología Guión Metodológico ►

Metodología:

5.1. Tipo de Estudio: Descriptivo Documental.

5.2. Estrategias Metodológicas: Cualitativas.

5.3. Unidad de Análisis:

En relación a los objetivos del presente trabajo final integrador se establece como unidad de análisis a la legislación vigente en materia de Discapacidad y a los Principios de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad, a través de sus textos.

Cabe reiterar que, los Principios de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad son:

“...La Convención menciona en el Artículo 3º *los principios* en que se funda.

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.”²²

²² Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Art. 3.

5.4. Variables utilizadas y sus dimensiones:

Se analiza la legislación antes enumerada, a través de la definición previa de los indicadores de la Convención adicionando los indicadores para el análisis de la legislación vigente.

5.4.1. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;

5.4.2. La no discriminación;

5.4.3. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

5.4.4. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

5.4.5. La igualdad de oportunidades;

5.4.6. La accesibilidad;

5.4.7. La igualdad entre el hombre y la mujer;

5.4.8. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su discapacidad.

5.4.9. Los artículos más relevantes de la legislación vigente en relación a los dispositivos de prestaciones pertenecientes al Eje "Nivel de atención y tratamiento" – Modalidad de atención ambulatoria que articulan en su modalidad comparativa con los antedichos indicadores de la Convención.

5.5. Criterios de inclusión y exclusión: Sólo se incluye la legislación actual de discapacidad en relación a los dispositivos de prestaciones pertenecientes al Eje“Nivel de atención y tratamiento” – Modalidad de atención ambulatoria y los Principios de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad de la República Argentina, cuyo período de estudio del presente trabajo es al año 2013.

Nota: Por lo cual, cabe mencionar que dichos criterios articulan con el objetivo general de la presente investigación: “Analizar la legislación vigente en la República Argentina en relación a los dispositivos de prestaciones pertenecientes al Eje“Nivel de atención y tratamiento” – Modalidad de atención ambulatoria en relación a los Principios enunciados en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

5.6. Técnica e Instrumento:

5.6.1.Técnica: Análisis de Documentos.

5.6.2. Instrumento: Protocolo de Análisis de Documentos.

Nota: Se han realizado Prueba Piloto del Instrumento previo a la salida al relevamiento en terreno.

Esto se utiliza para trabajos de campo, en este caso sólo se ha realizado:

Recolección de documentos, la legislación bajo análisis (en relación a los dispositivos de prestaciones pertenecientes al Eje“Nivel de atención y tratamiento” – Modalidad de atención ambulatoria); y

Fijándose los criterios de análisis (de los principios de la Convención)

Se han fijado los objetivos de la búsqueda, dados por los objetivos generales y específicos.

Y por último se pasó a la lectura bajo estos parámetros, rastreo, procesamiento y análisis de la documentación

5.7. Organización de la información:

En primera instancia se ha abordado el Objetivo Específico 1, a través de la lectura de la Ley Nº 24.901/97; en donde se ha podido analizar el marco básico de prestaciones en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su catálogo prestacional enunciado en el Nomenclador Básico para personas con discapacidad, Resolución Nº 428 del año 1999 (Ministerio de Salud de la Nación).

En segunda instancia se abordó el Objetivo Específico 2, a través de la lectura de la Ley Nº 26378/2006 –ratificada en el 2008–: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; en donde se identificarán los Principios de la Convención Internacional.

En tercera instancia se cumplimentaron los Objetivos Específicos 3 y 4. Como última etapa, se ha realizado un cuadro comparativo entre las normas analizadas, que se exponen en el **Anexo I** del presente trabajo final integrador.

5.8. Procesamiento de la Información:

Se ha utilizado sistema computarizado Word.

5.9. Fuentes:

5.9.1. Primarias (De elaboración Propia)

5.9.2. Secundarias: Bibliografía, Sitios Web Recuperados, Estadísticas, Legislación, etc.

6.1.- Antecedentes legislativos en la República Argentina en materia de Discapacidad

La legislación Argentina contiene un compendio de leyes del tema de discapacidad muy amplio, y muchas de ellas son complementarias entre sí.

Con la Ley Nº 22.431 sancionada y promulgada el 16 de marzo de 1981 la República Argentina ha reunido un conjunto “integral y en algunos casos con asimetría” de leyes de discapacidad. Ello coincide con la iniciación del Decenio de los Discapacitados proclamado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Con ello se inició una etapa con normas conjugando gran parte de los intereses de las personas con discapacidad, produciendo una recopilación de medidas al respecto.

La mencionada **Ley de Sistema de Protección Integral de los Discapacitados o Ley Nº 22.431** fue sancionada con el objetivo de otorgar a las personas discapacitadas atención médica, educación y seguridad social, y fue modificada para readaptarla en diferentes oportunidades. En su **Artículo 2** define a las personas con discapacidades de la siguiente manera: “...se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral...”

En cuanto a la asistencia, les otorga los siguientes beneficios:

- Rehabilitación integral;
- Formación laboral o profesional;
- Préstamos o subsidios;
- Regímenes diferenciales en seguridad social;
- Escolarización y
- Orientación o promoción individual, familiar y social.
-

Le asigna al Ministerio de Bienestar Social de la Nación (actual Ministerio de Salud de la Nación) entre otras, la tarea de reunir información, desarrollo de planes, apoyar y coordinar actividades de las entidades sin fines de lucro y crear hogares de internación total o parcial.

Cabe destacar que, en la interpretación del **Artículo 8** de la mencionada ley, el mismo refiere al porcentual de 4% que deberá tener el Estado Nacional y sus distintos organismos en cuanto a la ocupación laboral de las personas con discapacidad idóneas para el cargo.

Dicha tarea debe ser autorizada y fiscalizada por el Ministerio de Trabajo gozando de los mismos derechos y obligaciones que los demás trabajadores. El mencionado Artículo 8° fue modificado por la Ley N° 25.689 del año 2003 añadiendo que los Ministerios que no tengan la cantidad de empleados relevados los datos de la cantidad de cargos cubiertos con personas con discapacidad, se considerará que incumplen con el 4% y los postulantes podrán hacer valer sus derechos de prioridad de ingreso. Además, en la interpretación de su **Artículo 12**, se destaca que el Ministerio de trabajo tiene la obligación de crear talleres protegidos de producción.

En el análisis realizado sobre el **Artículo 13** de la misma, se detalla la jurisdicción de actuación del Ministerio de Cultura y Educación (actual Ministerio de Educación de la Nación) en la integración al sistema educativo y la formación del personal docente y profesional especializado.

En el análisis efectuado sobre el **Artículo 20** “original”, el mismo citaba que las empresas de colectivo debían transportar gratuitamente a las personas con discapacidad desde su domicilio al establecimiento educacional o de rehabilitación de forma gratuita. A posteriori, también se han modificado los **Artículos 21 y 22** de la misma. En la interpretación realizada sobre el texto actual de la ley, en los Artículos 20, 21 y 22 cita a las:

- **Barreras físicas urbanas** (Artículo 20): se definen como cruces peatonales, escaleras y rampas, espacios públicos como los parques, estacionamientos y obras en la vía pública.

- **Barreras arquitectónicas** (Artículo 21): las mismas son públicas o privadas como las viviendas colectivas, como los edificios. Agregando en el **Artículo 28** que la aprobación de los planos dependerá de la inclusión de éstas normas.

- **Transporte público** (Artículo 22): se consideran vehículos de transporte público con dos asientos delanteros reservados y gratuidad de transporte a cualquier destino. Las estaciones de transporte y aeropuertos deben poseer rampas antideslizantes, pasos alternativos y sanitarios adaptados. Y, en cuanto al transporte propio, con estacionamiento gratuito y señalización correspondiente para los mismos.

Del análisis e interpretación del **Artículo 23** surge que, el mismo cita el descuento del 70% de deducción especial en el impuesto a las ganancias que se concede a los empleadores que contraten empleados con discapacidad, quienes trabajen en sus establecimientos o en su domicilio, ha agregado además en el año 1983, que la misma deducción en impuestos a las ganancias o capital correspondientes al cierre del período fiscal deberá ser contemplada.

La Ley de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad o Ley N° 24.901 fue sancionada el 5 de noviembre de 1997 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año con carácter de nacional. Del análisis de su objetivo, según el Artículo 1º, surge que se instituye 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. Aplicándose y obligando a las Obras Sociales²³ a la labor de prestar atención médica y otorgar los servicios de diagnóstico y control, siendo beneficiarios las personas con discapacidad comprendidas como tales, mencionadas en el Artículo 2º de la Ley N° 22.431. Cabe mencionar que, la legislación se aplica a las prestaciones de carácter preventivo, de rehabilitación, a las terapéuticas educativas y a las asistenciales. También en internación, en el caso de que no pueda permanecer en su hogar, cobertura económica y la atención psiquiátrica. Asimismo, en el caso de que de que la persona requiriese medicamente, medicamentos o productos para su dieta específicos, y que no se produjeran en la República Argentina, los Financiadores les deberán reconocer a la persona con discapacidad la totalidad del precio de los mismos.

En tanto que, la **Ley N° 25.504** es un complemento de la **Ley N° 22.431** y la **Ley N° 24.901/97** anteriormente mencionadas. La misma fue sancionada el 14 de noviembre de 2001 y promulgada el 12 de diciembre del mismo año, conocida por ser la “**Ley del Certificado de Único de Discapacidad**”. En dicha legislación, se encarga al Ministerio de Salud de la Nación la certificación de la discapacidad, del grado y la naturaleza de la misma y las posibilidades de rehabilitación. Asimismo, tiene en cuenta la personalidad, antecedentes y el tipo de actividad laboral o profesional que puede desarrollar. Cabe destacar que, el otorgamiento del certificado es obligatorio en todo el territorio nacional, teniendo idéntica validez con los certificados de la Ley N° 24.901/97.

²³ Y posteriormente a la Medicina Prepaga (por cumplimiento del P.M.O.e como se viera en Marco Teórico del presente estudio).

Además, la **Ley de Automotores para Lisiados o Ley N° 19.279** fue sancionada y promulgada el 04 de octubre de 1971 por Alejandro Agustín Lanusse y modificada en diferentes oportunidades. Del análisis e interpretación de su **Artículo 1°** surge que se destaca que: el objeto de ésta ley es facilitarles a las personas con discapacidad la adquisición de automotores para uso personal para que desarrollen una vida normal dentro de la sociedad. En el **Artículo 2°** menciona que el mismo beneficio se aplica a las instituciones asistenciales sin fines de lucro que se dediquen a la rehabilitación de las personas con discapacidad, siempre que éstas sean reconocidas por el Estado.

Según lo analizado del **Artículo 3°**, los beneficios son los siguientes:

- Para los vehículos de fabricación nacional tendrán una contribución del 50% del valor al contado de venta al público del modelo estándar, sin accesorios ni adaptaciones.
- Adquisición de un vehículo de fabricación nacional sin los gravámenes por impuestos (como el Impuesto al Valor Agregado).
- Adquisición de un vehículo extranjero estándar, sin accesorios, que cuente con las adaptaciones correspondientes. Pudiendo permitir la importación de las adaptaciones y de la caja de transmisión automática tanto para los vehículos nacionales como para los importados destinados a uso personal debiendo presentar una declaración jurada. Éstas importaciones estarán exentas de: pago de derecho de importación, tasas de estadística, servicio portuario, impuestos internos y al valor agregado.

El solicitante deberá acreditar que podrá adquirir y mantener el vehículo, siempre que no le permita adquirirlo sin los beneficios de la ley mencionada precedentemente. Si el vehículo se adquiriera por medio de pago de cuotas también deberá acreditar que puede llevar a cabo el endeudamiento, ésta es la única excepción para que el vehículo pueda ser embargado por el incumplimiento de la prenda sobre el mismo.

En cuanto a los fabricantes de vehículos, en el **Artículo 1°**, admite que puedan importar cajas de transmisión automática y accesorios de adaptación para la fabricación de automotores adaptados con las mismas exenciones de importación. Para ello deberán cumplimentar con la Administración General de Aduanas y el Ministerio de Salud, dentro de los 10 días posteriores a la venta de la unidad adaptada, una declaración jurada.

El organismo emisor de los certificados de contribución estatal es el Ministerio de Hacienda -según el análisis efectuado sobre el **Artículo 4°**, los que serán utilizados para el pago de impuestos.

Asimismo, de la interpretación del **Artículo 5º**, surge que le otorga la calidad de inembargable al vehículo (por excepción de la compra en cuotas) por el término de 4 años desde su habilitación y "no podrán ser vendidos, donados, permutados, cedidos, ni transferidos a título gratuito u oneroso". Siendo los mismos controlados por la Dirección Nacional de Registro de la Propiedad del Automotor. Del **Artículo 6º** se destaca que refiere a las sanciones por infringir esta Ley o sus disposiciones. Y del **Artículo 8º** que hace referencia a que cede al Banco de la Nación Argentina la facultad de otorgar préstamos para los vehículos nacionales de un 70% de la contribución estatal.

Como complemento legislativo, se menciona a la **Ley Nº 24.308** que fue sancionada el 23 de diciembre de 2003 y promulgada el 11 de enero de 1994. Es la **Ley que reglamenta las concesiones de pequeños comercios** y modifica a la Ley Nº 22.431. Del análisis e interpretación de su **Artículo 3º**, surge que la misma establece la prioridad en el otorgamiento de concesiones para la instalación de pequeños comercios en las reparticiones públicas o privadas a los ciegos y/o disminuidos visuales. Asimismo, según el **Artículo 4º**, si la actividad comercial menguara, podrá solicitar el re-ubicamiento del personal con discapacidad al Ministerio de Trabajo quien deberá resolverlo en 90 días.

En función a su relevancia, se mencionan a continuación las "Características distintivas de la concesión" (**Análisis y síntesis de los Artículos 6º al 12**):

- Deberá abonar todos los servicios que use y un canon que será proporcional a los servicios.
- Mantendrá la propiedad de las mejoras que haya realizado para la instalación del comercio.
- El comercio se ubicará en un lugar visible, de fácil acceso y deberá ser lo suficientemente amplio para realizar con comodidad la actividad.
- Los artículos autorizados para la venta deben ser amplios, para posibilitarle mayor productividad económica.
- Deberá cumplir con las disposiciones de higiene, seguridad, horarios y demás normas para la concesión.
- No se permitirá la venta de productos por parte de personas ajenas a la concesión.
- Si un funcionario dictase un desplazamiento arbitrario, el mismo será pasible de sanción del Artículo 1112 del Código Civil.

En el análisis realizado sobre el **Artículo 13**, en el mismo, explica que las concesiones se extinguen por renuncia del concesionario, muerte o caducidad por incumplimiento de las obligaciones. En cuanto al financiamiento; en el **Artículo 18** se autoriza a los bancos a tener líneas de financiamiento especiales para la instalación o ampliación de este tipo de comercios.

6.1.1. El Origen de la Ley N° 24.901/97:

“La Asamblea General de las Naciones Unidas al establecer, en 1982, el Programa de Acción Mundial para las Personas Discapacitadas, reafirmó el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades, a la participación plena en las actividades económicas y sociales, y al igual acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación.

La República Argentina, reconociendo los derechos de las personas con discapacidad y los señalamientos de organismos internacionales sobre las personas con discapacidad, ha establecido un Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, regulado por la Ley N° 24.901/97 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”, el Decreto N° 762/97, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto N° 1.193/98, Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas.

Históricamente, las prestaciones de habilitación y rehabilitación integral no habían sido abordadas en forma programática por las obras sociales, que venían respondiendo a las demandas de sus asociados en esta materia con criterios dispares. Por otra parte, las personas con discapacidad carentes de cobertura de obra social, régimen de seguridad social o de otros regímenes de protección, tampoco tenían asegurada la atención de sus necesidades de habilitación y rehabilitación.

El Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad viene a producir, por tanto, un cambio importante dentro del sistema prestacional, al asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática.

La Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas es quien normatiza, coordina, asesora y supervisa la implementación y preside el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.”²⁴

A continuación, se ha articulado lo mencionado precedentemente con el análisis de la **Resolución Nº 428/99 del Ministerio de Salud de la Nación M S, Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad**. De donde surge que la misma establece diferentes Niveles de Atención y Tratamiento:

1. Nivel de Consulta Médica

1.1. Consulta médica en rehabilitación física

2. Nivel de Atención y Tratamiento:

2.1: Modalidad de Atención Ambulatoria:

2.1.1: Atención Ambulatoria

2.1.2: Hospital de día

2.1.3: Centro de día

2.1.4: Centro Educativo Terapéutico (CET)

2.1.5: Estimulación temprana

2.1.6: Educación Inicial

2.1.7: Educación General Básica

2.1.8: Apoyo a la Integración Escolar

2.1.9: Formación laboral

2.2: Modalidad de Internación:

2.2.1: Modalidad de Internación de Rehabilitación

2.2.2: Módulo de Hogar

2.2.3: Residencia

2.2.4: Pequeño Hogar

2.3: Modalidad Prestaciones Anexas:

2.3.1: Prestaciones de Apoyo

2.3.2: Transporte²⁵

²⁴ <http://www.conadis.gov.ar/sistema.html>

²⁵ <http://www.snr.gov.ar/publicacion.php?id=72>

<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/62835/norma.htm>

El marco de análisis del presente trabajo final integrador, se basa en analizar desde la discapacidad, los dispositivos de las prestaciones pertenecientes al Eje “Nivel de atención y tratamiento – Modalidad de atención ambulatoria”.

6.1.2.- Las prestaciones específicas de la Ley N° 24.901/97:

6.1.2.1. Prestaciones básicas:

6.1.2.1.1. Prestaciones preventivas: Son el equivalente del Plan Materno Infantil del Programa Médico Obligatorio, para la madre y el niño desde la concepción al primer año de vida. En este sentido, la ley plantea los mismos objetivos de prevención que el Plan Materno Infantil, pero el objetivo principal está puesto en la atención e integración de la persona con discapacidad a su entorno familiar (en este caso), ya que

incorpora la necesidad de apoyo psicológico del grupo familiar al mismo tiempo que establece la necesidad de la atención y estimulación temprana del menor (Artículo 14).

6.1.2.1.2. Prestaciones de rehabilitación: Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean éstas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios. (Artículo 15)

6.1.2.1.3. Las características de la rehabilitación son: a) requiere un proceso continuo y coordinado de métodos y técnicas; b) un equipo multidisciplinario; c) el objeto se define por sus dos verbos: adquirir y/o restaurar, aptitudes e intereses para que la persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su inserción social; d) la forma de llegar al objeto es recuperar todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones (sean de origen congénito o adquiridas), utilizando todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

Rehabilitar para una vida independiente significa abordar los déficits en primer lugar para llegar a intervenciones más integrales en las personas con discapacidad buscando primordialmente el desarrollo personal y social del sujeto.

La *Organización Mundial de la Salud* define la rehabilitación integral como “un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que la persona con limitaciones alcance un nivel funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a facilitar ajuste o reajustes sociales”. La norma comentada en su último párrafo menciona que en todos los casos de rehabilitación la misma deberá ser *integral*, cualquiera fuera el tipo y grado de discapacidad y *por el tiempo* y *las etapas* que cada caso requiera. Un proceso de rehabilitación integral debe reunir tres aspectos: prevención, rehabilitación e integración.

Prevenir significa adoptar medidas encaminadas a impedir que se produzcan las deficiencias —físicas, mentales, sensoriales y viscerales— o evitar que, cuando se han desarrollado, se agraven o determinen consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas agregadas.

Rehabilitar significa volver a habilitar una función que por cualquiera de las razones ya mencionadas la persona ha perdido. La rehabilitación corresponde al segundo nivel de la prevención, y en la rehabilitación de una función puede distinguirse dos niveles de intervención: a) la rehabilitación propiamente dicha y b) el entrenamiento para la autonomía personal.

La primera surge como la combinación interdisciplinaria de técnicas susceptibles de mejorar el pronóstico funcional de las afecciones invalidantes. Está centrada en la deficiencia de la persona con discapacidad y se busca su mejoría funcional. El segundo se dirige a reducir la necesidad de cuidados continuos de la persona con discapacidad, tiende a lograr su mayor autonomía.

El rol de rehabilitado es el que se fijó como objetivo luego de la Primera Guerra Mundial y entre las guerras, reafirmandose después de la Segunda Guerra Mundial por las terribles consecuencias de la misma. La acepción médica de “rehabilitación” comenzó entonces a emplearse en el sentido que ya se definió y la forma de abordaje del problema fue a través de la formación de equipos de especialistas, quienes son los que planifican los servicios de rehabilitación funcional que el paciente requiere. La idea de rehabilitación devolvió a la medicina el interés por la vida humana y por el hombre como ser único y múltiple funcional.

6.1.2.1.4. Sobre rehabilitación existen dos modelos: a) un modelo de enfermedad y b) modelo de enfermedad tomando en cuenta las consecuencias que produce la discapacidad.

El modelo clínico desarrolla el estudio de las enfermedades a partir de la etiología u origen de las mismas; luego se ocupa de los síntomas y signos (definido como aquello que el enfermo siente como manifestación que revela una alteración rigurosa o funcional) y de los signos definidos como la objetivación de los síntomas, como indicio de enfermedad. El conjunto de síntomas que denotan una enfermedad se denomina cuadro sintomático o síndrome. El segundo modelo, el que toma las consecuencias que produce la discapacidad, pone el acento en las desventajas sociales que producen aquellas enfermedades que producen deficiencias.

Estas descripciones del modelo rehabilitador son enunciadas en términos de la Ley Nº 24.901/97, aunque luego de la vigencia de la Convención Internacional de derechos para personas con discapacidad – Ley Nº 26.378 se deberían atener los legisladores y financiadores al nuevo paradigma.

6.1.2.1.5. Prestaciones terapéuticas educativas: Se entiende por prestaciones terapéuticas educativas, a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

➤ **Prestaciones educativas:** Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza-aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para realizarlas en un período predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad. Las mismas comprenden la escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

➤ **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 (hábitat, alimentación, atención especializada, etc.) a los que se accede conforme con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante. Dichas prestaciones comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente.

Estos tres artículos que se comentaran precedentemente, en su conjunto, definen tres tipos distintos, aunque relacionados, de prestaciones para las personas con discapacidad y reúnen en su definición los servicios específicos del Capítulo V de la ley y los sistemas alternativos al grupo familiar que se describen en el Capítulo VI de la misma. Asimismo, las prestaciones complementarias del último capítulo de la ley abarcan parcialmente las prestaciones que se comentan.

Estos artículos definen conceptualmente a los grupos de prestaciones a cargo de los obligados por la ley, que luego son tipificadas en cada uno de los artículos de la misma. A éstas, se suman las prestaciones de rehabilitación comentadas en el Artículo 15 de la ley.

Se articula con lo expuesto precedentemente, el análisis de los *Artículos 16 a 18, en donde se clasifican las obligaciones a cargo de las obras sociales (financiadores) y el Estado Nacional en:*

1) **Prestaciones terapéuticas educativas:** Son sus objetivos la restauración de conductas desajustadas, la búsqueda de la adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia en la persona discapacitada y la incorporación de modelos de interacción e integración al medio. Para ello, se valen de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico pedagógico, incluyéndose aspectos recreativos.

2) **Prestaciones educativas:** Son aquellas que tienden a desarrollar acciones de enseñanza, aprendizaje. Las mismas son programadas (es decir, se definen objetivos y tiempos para alcanzarlos) y que se implementan adecuándolas al tipo y grado de discapacidad. Este tipo de prestaciones, están básicamente definidas en las enunciadas en el capítulo de servicios específicos y responden a este tipo la educación inicial, la educación general básica, etc.

El artículo describe como tales la escolaridad en todos sus tipos, la capacitación laboral y los talleres de formación laborales, ya que todas ellas tienden a formar a la persona con discapacidad con el objetivo de integrarla a la sociedad.

3) **Prestaciones asistenciales:** Estas prestaciones tienen como finalidad la cobertura de requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad. La norma enumera tres: hábitat, alimentación y atención especializada.

Estas prestaciones incluyen, propenden y coadyuvan al cuidado de la salud de la persona con discapacidad (por ejemplo: las prestaciones odontológicas y todas las que se relacionan con aspectos médicos), a su vivienda (en este sentido se encontraría dentro de esta categoría a las residencias, pequeños hogares y hogares) y a su alimentación.

Evidentemente el alcance de las prestaciones llamadas asistenciales es amplio y las mismas tendrán necesariamente una interpretación acorde al tipo de discapacidad y a la situación socio-familiar del beneficiario. No se debe perder de vista cuando se brinda un marco de estas prestaciones, lo normado por el Artículo 3º de la ley en cuanto refiere a que entre los obligados 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 (que no siempre son inexistentes) de los mismos.

Por ello, el propio Artículo 18 de la ley 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 aquellos casos de existencia de grupo familiar continente, sin dudas, estará a su cargo la cobertura y el otorgamiento de estas prestaciones asistenciales esenciales para la vida de las personas con discapacidad, en tanto fuera posible conforme las normativas vigentes.

6.1.3. Servicios específicos:

El capítulo 5 analizado respecto a la ley, se inicia con una enunciación amplia de los servicios, que refiere en su definición respecto a que: "...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 sociofamiliar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación.

La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones.." (Artículo 19).

El mencionado Artículo 19 de la Ley Nº 24.901/97 plantea la primera mirada a las prestaciones educativas de la ley para las personas con discapacidad y también provee algunas reglas de interpretación. En primer lugar, informa que los servicios específicos que determina el capítulo son *al solo efecto enunciativo*, lo que significa que no excluye servicios no mencionados expresamente, sin más límite que lo que establezca la reglamentación, atento a que refiere a servicios "básicos", que pueden ser modificados (reducidos como ampliados) por la misma.

La reglamentación, por su parte, impone una condición a la oferta de servicios: que exista oferta educacional estatal adecuada a la necesidad del tipo de discapacidad.

La regla es la oferta educacional estatal; sólo cuando ésta no es posible, resulta adecuada la oferta privada.

En los comentarios a los artículos siguientes se complementarán cada uno de los servicios específicos que establece la Ley N° 24.901/97 y su reglamentación.

6.1.3.1. Estimulación temprana:

Del análisis del Artículo 20 de la ley, el mismo define esta prestación como "...el proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad...".

Esta modalidad de prestación se subdivide en dos ciclos de edades:

- 1) De 0 a 18 meses: En este ciclo se realiza la atención individualizada tendiente al afianzamiento del vínculo madre-hijo / a para favorecer el desarrollo de conductas psicomotrices adecuadas.
- 2) De 18 a 48 meses: Este segundo ciclo tiene como objetivo al afianzamiento de las conductas adquiridas y promoción para las adquisiciones de otras, acordes a su nivel madurativo, para mejorar el proceso evolutivo y lograr una más adecuada inserción escolar.

Este módulo implica la atención individual y grupal hasta un máximo de cuatro concurrentes. Una vez finalizados los dos ciclos anteriores, el tratamiento tiene continuidad en un segundo período:

De 3 a 6 años: El tratamiento de estimulación temprana compuesto por los dos ciclos anteriores puede continuarse en aquellos casos que:

- 1) No se hayan alcanzado los objetivos del desarrollo madurativo requeridos para el ingreso del menor a preescolar.
- 2) La detección y determinación de la discapacidad se haya realizado en este período y requiere este tipo de tratamiento antes de la iniciación en una etapa preescolar.

Los beneficiarios del tratamiento de estimulación temprana son niño/as con discapacidad de 0 a 4 años de edad cronológica como regla, y hasta 6 años en los casos de continuidad de tratamiento.

El tratamiento de estimulación temprana podría enmarcarse dentro del esquema que reafirma el principio del Programa Médico Obligatorio (PMO) que está basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.), entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios.

En este sentido, el PMO sostiene los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. La estimulación temprana sin dudas resulta una buena política de prevención.

Cabe aclarar además, sobre este punto que, en el marco de la Convención Internacional de derechos para Personas con Discapacidad, cuando se refiere a la "prevención", está señalando que, se hace hincapié en *no a la discapacidad* sino del *agravamiento de la discapacidad*, es decir, de evitar circunstancias prevenibles que pongan en mayor riesgo a las personas con discapacidad.

Indudablemente no es este el sentido de la Ley N° 24.901/97 (que se sustenta más afianzadamente en un concepto médico del abordaje de la discapacidad), pero que con la vigencia de la Convención y sus Principios debe ser reinterpretado.

6.1.3.2. Las pautas de ingreso y egreso para la estimulación temprana son: a) para el ingreso: desde el nacimiento hasta los 4 años de edad y b) para el egreso: a los 4 años de edad, cuando se han alcanzado los objetivos y puede ingresar a la etapa escolar y a los 6 años de edad cuando deba ingresar a una etapa educativa y/o terapéutica. La estimulación temprana es un tipo prestación de atención individual de acuerdo al tipo, grado de discapacidad y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. La atención es de tipo ambulatorio.

El equipo de profesionales que realiza la estimulación temprana debe formarse con especialidades relacionadas al tipo de discapacidad del niño/a.

En este sentido un equipo básico estará compuesto por un médico (según patología) y un profesional estimulador con título de posgrado o con experiencia acreditada con certificación de servicios. El tercer integrante del equipo debe ser un psicólogo y también un terapeuta ocupacional. El equipo estará abocado a actividades de estimulación (realizadas directamente por el profesional estimulador con el niño/a en el ámbito de trabajo de la estimulación temprana), actividades con los padres (desde la participación de los padres en las actividades anteriores o mediante supervisión de actividades desarrolladas por los padres). Ambas estarán a cargo del equipo interdisciplinario del servicio.

Otras actividades del equipo van, desde las interconsultas y los ateneos con especialistas y otras personas discapacitadas, y a todas aquellas que sean útiles para la estimulación temprana. Asimismo, a éstas se les incorporarán actividades de seguimiento y continuidad del tratamiento.

Respecto de la atención médica de los niños/as beneficiarios de la estimulación temprana, la reglamentación del Artículo 20 de la ley determina que la misma se realizará a través del denominado Plan Materno Infantil (PMI) del Programa Médico Obligatorio (PMO), durante el primer año de vida del menor (ello en tanto no se aplique el Artículo 39 de la Ley N° 24.901/97). A su vez, la norma cita a la Resolución N° 247/1996 MS (el primer PMO) que entró en vigencia en noviembre de 1996 para las obras sociales, pero la misma fue derogada por la Resolución N° 949/2000 MS, la que a

su vez fue suspendida por la Resolución N° 201/2002 MS, que es el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) actualmente vigente desde abril de 2002 y ya en carácter de PMO definitivo con la Resolución N° 1191/2005 MS. Todas estas normas tienen incorporado en su texto el Plan Materno Infantil. Este Plan implica que sin perjuicio de lo normado por la Ley N° 24.901/97 respecto a estimulación temprana, todas las prestaciones médicas preventivas y curativas de estos beneficiarios de la ley pueden realizarse a través del PMOE. El Plan Materno Infantil incluye el embarazo, el parto y la atención de la madre y el menor hasta que éste cumpla un año de edad, todo ello con una cobertura del 100%. El PMI incluye también una cobertura preventiva especial para algunas enfermedades de baja incidencia y alto costo, pero que producen graves daños en la salud, como la fenilcetonuria o la enfermedad fibroquística.

6.1.4 Educación inicial:

Se entiende por Educación Inicial al proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad, de acuerdo a una programación educativa específicamente elaborada y aprobada por los organismos oficiales.

La Educación Inicial puede brindarse dentro de un servicio de educación especial o en uno de educación común, cuando la integración escolar sea posible o indicada.

Toda la Ley N° 24.901/97 mantiene el espíritu de fomentar la integración social y educativa de la persona con discapacidad en tanto sea posible. Sin perjuicio de ello, la Convención Internacional de derechos de personas con discapacidad no sólo enuncia a la escuela común (no a la especial) sino que el concepto que utiliza es el de inclusión, no el de integración, es decir la necesidad de que la institución educativa esté preparada para la diversidad, incluso respecto de las personas con discapacidad.

Los beneficiarios de la Educación Inicial son niño/as con discapacidad de 3 a 6 años de edad, que tengan posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel y que tengan una discapacidad sensorial (por ejemplo con ceguera o hipoacusia, etc.), o personas con discapacidad motores con o sin compromiso intelectual.

Si la persona posee más de una discapacidad (por ejemplo hipoacusia y discapacidad motriz), se debe analizar cuál de las discapacidades representa el mayor nivel de incapacidad y orientarlo al servicio específico. Si la concurrencia y grado de varias discapacidades acreditan un caso de multidiscapacidad, que no le permitiera

acceder a un proceso de educación inicial, debe ser orientado a un servicio especializado en la multidiscapacidad que tiene el menor.

6.1.4.1. La Educación Inicial tiene pautas de ingreso y egreso: para el ingreso desde los 3 años de edad, y para el egreso a los 6 años de edad o cuando haya alcanzado los objetivos propuestos para poder ingresar en la Educación General Básica (EGB). 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 y la cantidad de alumnos por grupo debe ser un mínimo de 6 y hasta un máximo de 15.

El equipo básico de profesionales docentes estará conformado (si son 30 alumnos) por un director, un psicólogo o psicopedagogo, un médico consultor según tipo de discapacidad (estos tres profesionales son de participación básica en todo tipo de escuela), un asistente social y docentes especializados a razón de uno por grupo.

El equipo puede ampliarse con terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, kinesiólogos, musicoterapeutas, profesores de educación física, auxiliares docentes, etc. (todos estos profesionales participarán dependiendo del tipo de discapacidad de que se trate).

6.1.4.2. La Educación Inicial incluye tres tipos de actividades:

- a) actividades curriculares: refiere al conjunto de conocimientos relevantes que integran el proceso de enseñanza y aprendizaje y que constituyen los marcos referenciales de los contenidos curriculares de cada nivel (por ejemplo: matemáticas, ciencias sociales, ciencias naturales, etc.);
- b) actividades de atención técnicas profesionales: son aquellos que se brindarán de acuerdo con los requerimientos que presente el beneficiario según el tipo y grado de discapacidad (por ejemplo: psicomotricidad, kinesiología, psicopedagogía, etc.); y
- c) actividades de socialización y recreación: son las que se realizan dentro o fuera de la institución como complemento de las actividades curriculares (por ejemplo: eventos deportivos, juegos, paseos, etc.).

6.1.4.3. La reglamentación establece la frecuencia de esta actividad: La jornada simple o doble y será diaria conforme 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, la ley define a esta prestación como "...el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada

para ello. Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada...”.

6.1.5.- Educación General Básica:

Se define como Educación General Básica (EGB) al proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad, dentro de un servicio escolar especial o común. Si bien la Ley N° 24.901/97 pone a cargo exclusivo de las obras sociales/financiadores el otorgar esta prestación educativa, existe actualmente una controversia respecto a si no debieron prever la intervención del Ministerio de Educación en estas prestaciones, para las que no se incluyó presupuesto alguno para su cobertura.

El programa escolar que se implemente deberá responder a los lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en la materia y deberán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que las necesidades educativas especiales derivadas de distintas discapacidades lo permita (con la vigencia de la Convención Internacional de derechos para las Personas con discapacidad, el lineamiento, como se explicara precedentemente, es la inclusión en escuela común, que deberá realizar los ajustes razonables y contar con diseño universal adecuado para todos). La vigencia de la Convención Internacional de derechos para las Personas con discapacidad pone en crisis el concepto y la vigencia de la escuela especial como existe en la actualidad.

Para todos aquellos menores que estén en condiciones de integrarse/ incluirse a la escolaridad común (y que tengan necesidades educativas especiales), debe estimularse lo que se llama el módulo de integración de la escuela común.

6.1.5.1. Para la realización de este módulo deben tenerse en cuenta algunos aspectos:

- a) Una evaluación del tipo y grado de la discapacidad: Se debe evaluar si las condiciones psicofísicas le permiten adaptarse a la escolaridad común (éste es uno de los principales objetivos de la ley, integrar a la persona con discapacidad).
- b) Una evaluación de las necesidades educativas especiales del menor con discapacidad.
- c) La existencia de condiciones socio-familiares adecuadas como la integración escolar requerirá indudablemente de la del acompañamiento y participación del grupo familiar, resulta imprescindible averiguar las condiciones del mismo.

d) Un proyecto institucional que sea articulado y coordinado específicamente para las necesidades del menor para que tenga éxito la integración escolar requiere de un apoyo específico de un servicio de educación especial.

Si las necesidades educativas especiales del menor impiden que pueda desenvolverse adecuadamente en el ámbito escolar, requerirá de apoyo técnico especializado.

6.1.5.2. Los beneficiarios de la EGB son los niños/as con discapacidad entre 6 y 14 años de edad, que por su tipo de discapacidad tienen posibilidades de ingresar a un proceso de escolaridad de EGB. Si los niños/as tienen concurrentemente más de una discapacidad, debe analizarse cuál de ellas representa mayor nivel de incapacidad o dificultad funcional y orientarlo al servicio educativo que corresponda.

Si se acredita un caso de multidiscapacidad que no le permita acceder a EGB, se lo orientará a un servicio especializado en multidiscapacidad. Sin perjuicio de todo esto, los límites de edad simplemente marcan una pauta general, pero la EGB es posible para toda aquella persona que no haya recibido escolaridad. Un ejemplo concreto son los beneficiarios con problemas madurativos, a quienes les toma un tiempo mayor terminar la escolaridad y superan (o empiezan la misma) fuera de los márgenes de edad indicados.

6.1.5.3. La pauta de ingreso a la EGB es únicamente los 6 años de edad. La edad de egreso es 14 años; pero aún alcanzando dicha edad, si no hubiesen alcanzado los objetivos previstos, se analiza la etapa de desarrollo en que se encuentran y pueden obtener una extensión de hasta dos años. Pero si los objetivos alcanzados son insuficientes, con largos períodos de permanencia en el mismo nivel sin cambios o evolución significativa, entonces se tendrá por finalizada la EGB y se orientará al niño/a hacia otro recurso. La forma en que se desarrolla la EGB será con grupos de niños/as de mismo tipo y grado de discapacidad y similar nivel de desarrollo. La modalidad de trabajo es ambulatoria y la cantidad de alumnos por grupo es de seis a quince, como máximo.

6.1.5.4. Respecto de las actividades de las escuelas de EGB, pueden distinguirse tres clases:

a) Actividades curriculares: Constituyen los conocimientos relevantes que integran el proceso de enseñanza y aprendizaje y forman los marcos de referencia e instancias en la programación de los contenidos curriculares de dicho nivel. La EGB se divide en tres ciclos: el primero y segundo incluye lengua, matemática, ciencias naturales, ciencias sociales, tecnología, educación artística, educación física, formación ética y ciudadana; el contenido del tercer ciclo depende de las normativas de cada jurisdicción provincial.

b) Actividades de atención técnico-profesionales: Son las que se brindarán de acuerdo a los requerimientos que presente el beneficiario según tipo y grado de la discapacidad. Ejemplos de éstas son la senso-percepción, psicomotricidad, kinesiología y psicopedagogía. Estas actividades pueden ser individuales o grupales.

c) Actividades de socialización y recreación: Son las que se realizan dentro fuera de la institución como actividades complementarias de las primeras llamadas curriculares. Ejemplo de éstas son los juegos, paseos, eventos, etc.

6.1.6. Formación Laboral:

El Artículo 23 de la ley define a la formación laboral o rehabilitación profesional como el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional y su finalidad es la preparación adecuada de una persona discapacitada para su inserción en el mundo del trabajo. Se desarrolla en esta parte la prestación como la determina la Ley Nº 24.901/97 teniendo en cuenta que el Artículo 27 de la Convención Internacional de derechos para personas con discapacidad establece el derecho al trabajo y a ganarse la vida de las personas con discapacidad mayores de edad. Un abordaje de la temática del trabajo en el marco del Artículo 12 de la misma. Este proceso de capacitación 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.

6.1.6.1. Dos parámetros deben tenerse en cuenta al seleccionar los aspectos del programa de formación laboral: las condiciones psicofísicas de la persona con discapacidad y las reales posibilidades que tendría de ingresar al mercado laboral. En este sentido, se trata de analizar si la formación propuesta le es útil o no al beneficiario teniendo como objetivo la inserción laboral.

Dentro de la llamada formación laboral se encuentra *la formación laboral integrada*, la que puede realizarse en una escuela o centro de capacitación común, no especializado para personas con discapacidad, pero a los que pueden acceder los mismos, para luego desempeñarse en el mercado laboral. La formación laboral integrada requiere tener en cuenta algunos aspectos, como ser: tipo y grado de discapacidad, una capacitación acorde con las condiciones y habilidades del postulante en relación al puesto de trabajo de que se trata y las posibilidades de inserción laboral, y la existencia de un apoyo técnico-profesional especializado.

Antes de iniciar una formación laboral, debe analizarse si existen condiciones en el beneficiario, para acceder a esta capacitación en un sistema de educación común. Debe evaluarse cada caso en particular analizando las posibilidades reales de integrarse a un medio laboral competitivo, ya que si por el tipo y grado de discapacidad la persona tiene posibilidades de dicha formación, puede no ser posible su inserción laboral, por ello se debe conocer las reales posibilidades de ello.

6.1.6.2. Los talleres de formación laboral pueden clasificarse en:

- 1) Pretaller.
- 2) Taller de formación o capacitación laboral.
- 3) Taller de adiestramiento laboral.

1) Pretaller: Es la actividad manual preocupacional que tiene por objeto el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas de un niño o adolescente con discapacidad durante el período de Educación General Básica. Está dirigido puntualmente a que el niño adquiera habilidades para diferentes actividades laborales.

El pretaller forma parte de la EGB y no funciona en forma independiente. Los beneficiarios del pretaller son niños con discapacidad de los 6 a los 14 años que estén cursando EGB. Funciona dentro mismo de la escuela primaria o integrada a la misma.

2) Taller de formación o capacitación laboral: Se entiende por ello a que, mediante el desarrollo de metodologías y técnicas específicas tiene por objeto la preparación de una persona discapacitada en una determinada actividad laboral. Las actividades se deciden conforme con la demanda del mundo laboral, y cada una de las actividades deben estar explícitamente desarrolladas en un programa de contenidos específicos y de una duración expresamente determinada.

6.1.6.3. El programa de capacitación laboral debe contemplar tres ciclos:

- a) Orientación y evaluación: Puede entenderse por ello, lo que se denomina orientación vocacional evaluada según las condiciones del alumno.
- b) Formación profesional específica: Una vez seleccionado el tipo de taller se inicia y se desarrolla la capacitación en el mismo.
- c) Pasantía laboral: Se desarrolla en empresas de la comunidad y su objeto es que el alumno aplique los conocimientos adquiridos en un ámbito de carácter laboral, de forma que adquiera las conductas, destrezas y hábitos del trabajador.

6.1.6.4. Los beneficiarios del taller de formación o capacitación laboral son personas con discapacidad de entre 14 y 24 años de edad, con escolaridad primaria completa o incompleta.

El taller deberá funcionar de forma independiente y objetiva de cualquier otra actividad que se desarrolle en el establecimiento, sin perjuicio de que en el mismo se desarrollen otras actividades distintas. El taller debe contar con el equipamiento adecuado para la actividad que es su objeto.

El ingreso al taller es a partir de los 14 años y hasta los 24 años como se expresara precedentemente, pero este período es flexible y 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 persona es aprobada en el programa de formación profesional respectivo. 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 el grupo tendrá un máximo de doce alumnos; para los que tienen patologías más severas el máximo se reduce a seis miembros. Los turnos de taller son de uno por día, y la doble jornada está reservada para los programas que justifiquen esa modalidad.

El equipo de docentes estará integrado —en general— por un equipo básico con un director y un cuerpo de profesionales (un terapeuta ocupacional, un psicólogo o psicopedagogo, un asistente social y un médico consultor) y uno docente (docentes especializados y no especializado o técnicos con formación docente, auxiliares docentes —al menos en el 50% de los grupos— y personal auxiliar), todos de acuerdo con el tipo de discapacidad y para un grupo de treinta alumnos.

6.1.6.5. Taller de adiestramiento o adaptación laboral: Se entiende por tal, a aquel que tiene por objeto el desarrollo de habilidades, destrezas, hábitos y conductas de carácter laboral en una persona discapacitada. La diferencia con el taller de formación laboral es que su objeto no es el aprendizaje sistemático de una especialidad laboral determinada, sino solamente procura la habilitación laboral de una persona discapacitada, para posibilitar su inserción en el mundo del trabajo. Está dirigido a personas con discapacidad que por las características de la misma no pueden acceder al aprendizaje sistemático de un oficio, o porque por su edad o situación socio-familiar necesitan incorporarse rápidamente al mercado laboral.

Se trata de una actividad con una programación de la que debe determinarse la duración, que no debe exceder de doce meses con posibilidad de extensión en caso necesario.

6.1.6.5.1 Los beneficiarios de este taller son personas con discapacidad de 14 años hasta los 45 de edad. Para su ingreso, deben analizarse las condiciones psicofísicas para acceder a esta modalidad. El beneficiario debe tener adecuados niveles de autovalimiento e independencia.

El taller puede funcionar de forma independiente o integrada con un taller laboral protegido o competitivo o complementariamente con un taller de formación o capacitación laboral. El taller tiene que estar equipado con las maquinarias, herramientas y materiales propios de cada especialidad.

Para ingresar al taller la edad es de 14 a 45 años; para el egreso no hay un tiempo definido, éste acontece cuando se completa la etapa de capacitación o a los doce meses de iniciada, salvo que se justifique la continuidad.

6.1.6.5.2. La prestación se desarrolla en grupos de jóvenes o adultos con discapacidad y con el mismo tipo y grado de discapacidad y similar nivel de desarrollo. La modalidad de la prestación es ambulatoria y los grupos deben tener un mínimo de doce alumnos. Las actividades son diarias, en unos o dos turnos, reservándose la doble jornada para aquellos casos que lo justifiquen.

El equipo docente se forma conforme el tipo de discapacidad y capacitación a brindar, pero el equipo básico tiene un director, un equipo profesional (formado por un terapeuta ocupacional, un psicólogo, un asistente social y un médico consultor). Además, debe contar con un equipo docente (formado por un docente o técnico especializado por grupo, docentes específicos y auxiliares docentes, en al menos el 50% de los casos) y el personal auxiliar (compuestos por administrativos, de limpieza y mantenimiento).

6.1.7.- Ubicación laboral en la Ley N° 22.431:

La Ley N° 22.431 (en su Artículo 18) prevé que una persona con discapacidad, rehabilitada y jubilada por invalidez puede desempeñarse laboralmente, percibiendo en este caso el mínimo del haber jubilatorio. Este beneficiario puede insertarse laboralmente de varias formas: talleres competitivos (dependientes o independientes), talleres protegidos o en grupos laborales protegidos. Todas estas variantes serán desarrolladas a continuación, porque aunque no se refieren específicamente a prestaciones directamente relacionadas con la salud de la persona con discapacidad, sin dudas tienen enorme influencia en su inserción social y familiar y merecen desarrollarse.

6.1.7.1. Trabajo competitivo:

a) Dependiente: Comprende toda actividad que una persona con discapacidad desarrolla en diferentes recursos de la comunidad (ejemplos: empresas, talleres, etc.) en forma integrada con otros trabajadores que no poseen discapacidad, en relación de dependencia, la que estará regulada por las leyes generales y especiales en la materia. Las características principales son: actividad integrada con la comunidad en integración con trabajadores que no poseen discapacidad y en relación de dependencia.

b) Independiente: Es el que realiza una persona con discapacidad por su cuenta o agrupada con terceros constituyendo pequeños emprendimientos (cooperativas, grupos de trabajo, etc.) cuyo objeto es la producción de bienes y /o servicios en forma de autogestión. Esta modalidad también es integradora, opera sin el requisito de la relación de dependencia, por lo que es realizada generalmente por personas con discapacidad con suficiente autovalimiento. Esta modalidad no excluye el trabajo domiciliario.

6.1.7.2. Trabajo protegido: Es el que se desarrolla bajo condiciones especiales en talleres protegidos, cuya regulación está específicamente establecida por la Ley Nº 24.147. Esta modalidad está reservada para los trabajadores con discapacidad cuya patología y edad no les permita desempeñar tareas competitivas o independientes.

6.1.7.3. Grupos laborales protegidos: Son los que desarrollan personas con discapacidad, en edad laboral y que trabajan bajo condiciones especiales en un medio de trabajos indiferenciados (empresas, talleres, etc.). Son grupos de trabajo protegido dentro de un ámbito de trabajo común. Forman parte de una empresa común o pueden funcionar como anexo de la misma y están regulados por la Ley Nº 24.147.

Para que una persona con discapacidad pueda acceder a cualquiera de las tres modalidades anteriores debe tener una formación laboral previa o capacitarse en el servicio. En ninguno de los casos recibirá el trabajador cobertura de la obra social, que sí la tienen los talleres de formación o capacitación laboral.

6.1.7.3.1. Tipos de talleres protegidos:

1) **Taller protegido de producción:** Se considera como tal, en los términos de la Ley Nº 22.431, a la entidad estatal o privada bajo dependencia de asociaciones con personería jurídica y reconocidas como de bien público, que tengan por finalidad la producción de bienes y/o servicios, cuya planta está integrada por trabajadores con discapacidades físicas y/o mentales, preparados y entrenados para el trabajo, en edad laboral y afectados por una incapacidad tal que les impida obtener y conservar un empleo competitivo. Asimismo, el Artículo 12 del Decreto Nº 498/1983 reglamentario de la ley establece que "el trabajo protegido en todos sus medios deberá inscribirse en el organismo que el Ministerio de Trabajo determine. Este Ministerio dictará las normas para su habilitación y supervisión". Por tratarse este taller de una entidad de carácter laboral, con régimen legal propio (Ley Nº 24.147), los afiliados a una obra social no pueden recibir cobertura por la concurrencia al mismo. Es decir que no debe abonarse como una prestación la actividad que una persona discapacitada desarrolle en un taller protegido de producción, por no ser este caso competencia de la obra social.

2) Taller protegido terapéutico: Se considera como taller protegido terapéutico, conforme el Artículo 12 precedentemente citado al establecimiento público o privado en relación de dependencia con una entidad de rehabilitación de un efector de salud y cuyo objetivo es la integración social a través de actividades de adaptación y capacitación laboral, en un ambiente controlado, de personas que por su grado de discapacidad, transitoria o permanente, no pueden desarrollar actividades laborales competitivas ni talleres protegidos productivos.

2.1.- Las características de este taller son:

- a) Desarrolla sus actividades con un enfoque terapéutico.
- b) Generalmente está dirigido a personas discapacitadas mentales con alteraciones de conducta o de la personalidad, como parte del tratamiento psiquiátrico.
- c) La permanencia de la persona en el taller dependerá de la evolución.
- d) Las actividades son personalizadas, adecuadas a las características de las personas que concurren.

2.2.- Los beneficiarios del taller son personas con discapacidad en edad económicamente activa que por sus características no puedan acceder a una formación laboral común o especial ni tampoco asistir a un taller protegido de producción. El taller funciona como parte integrada o anexada a un servicio de rehabilitación, pero aun así, quienes concurren deben estar bajo control y supervisión de un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, asistente social) que determine y oriente la actividad terapéutico ocupacional que realizan.

6.1.8. Centro de Día:

El Artículo 24 de la ley define al centro de día, como un servicio que tiene por objeto posibilitar el más adecuado desempeño en la vida cotidiana de un niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar y mantener el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

6.1.8.1. Finalidad: Su finalidad es lograr el mayor nivel de autovalimiento y autonomía posible de la persona discapacitada y brindarle la contención que requiera.

6.1.8.1.1. Los principales objetivos del centro de día son:

- 1) Proveer a la persona discapacitada el mayor grado de autonomía posible.
- 2) Lograr la integración social de la persona, tanto a la sociedad como a su grupo de pertenencia.
- 3) Apoyar y orientar al grupo familiar evitando el aislamiento de la persona dicho grupo.

4) Desarrollo de actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.

5) Apoyo y orientación a la familia.

6) Implementación de actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades.

6.1.8.1.2. El objetivo primordial del centro de día es brindar contención a personas que por su severo o profundo nivel de discapacidad no están en condiciones de beneficiarse con programas de educación y/o rehabilitación y tratará en todos los casos de estimular intereses y desarrollar aptitudes en los beneficiarios para alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible.

6.1.8.2. Beneficiarios: 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 del centro de día los niños, jóvenes o adultos con discapacidad severa o profunda imposibilitados de acceder a escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida. El criterio de pertenencia a este sistema se resuelve por exclusión de los anteriores. La edad mínima de ingreso es de 6 años, pues antes de esa edad no puede ser beneficiario de un centro de día, aunque sí de servicios de estimulación temprana. Finalizada la etapa de estimulación temprana, el niño se encuentra en condiciones de ingresar al centro de día (si reúne las condiciones para ello) sin límite de edad de egreso.

6.1.8.2.1. Egreso: Varias son las razones por las que una persona con discapacidad puede egresar del centro de día: a) cuando alcanza grados de desarrollo que le permiten acceder a servicios educativos y/o laborales más adecuados a su nueva situación; b) que sus condiciones psicofísicas evolucionen de forma tal que imposibilite su permanencia en el centro de día y requiera otro tipo de servicio; y c) cambios en su situación socio-familiar que imposibiliten su permanencia (en general todas aquellas causas que derivan en la internación de la persona discapacitada).

6.1.8.3. Equipo: El centro de día está formado por grupos —de hasta diez personas— organizados según criterios de edad, condiciones psicofísicas de los integrantes y actividades a realizar, aunque en algunos casos la atención individualizada es contemplada. La modalidad del mismo es ambulatoria. El equipo técnico profesional básico del centro de día para una población de unos treinta beneficiarios se conforma con un equipo básico (conformado por un director, un terapeuta ocupacional, un médico, un psicólogo, un asistente social, entre uno y diez orientadores y un auxiliar de orientadores por turno) y un grupo de profesionales acorde a la discapacidad de los

asistentes (formado por un kinesiólogo o psicomotricista, un musicoterapeuta y un fonoaudiólogo). La concurrencia del director, orientadores y auxiliares de orientadores al centro de día debe ser permanente; en cambio, los restantes profesionales pueden alternarse de acuerdo a las necesidades.

6.1.8.4. El centro de día deberá disponer de los siguientes servicios y actividades:

a) Atención médica: Actualización de los diagnósticos, pronósticos y tratamiento. Prescripción y control de medicamentos y estudios específicos. Derivación y coordinación con otros servicios médicos especializados donde recibe atención el beneficiario.

b) Apoyo familiar y/o individual: El centro de día desarrollará acciones que estrechen los vínculos entre la persona discapacitada y su grupo familiar y con su entorno.

c) Actividades de integración: Se desarrollarán actividades integradas en el centro de día, la familia y la comunidad, de acuerdo con las posibilidades de los concurrentes. Se promueven los recursos comunitarios (como festejos, paseos, etc.) que integren al beneficiario con la comunidad.

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

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

f) Actividades de expresión corporal o educación física: Actividades de tipo recreativo, con juegos de iniciación a nivel individual o grupal a fin de mejorar la comunicación y expresión de la persona.

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

6.1.8.5. Funcionamiento: El centro de día funciona habitualmente de lunes a viernes en jornada doble, pero en algunas áreas puede funcionar en turno simple. Las actividades se desarrollan en todo el año, aunque pueden interrumpirse para un período de vacaciones. Tratándose de jornada completa normalmente puede incluir servicio de almuerzo.

6.1.9. Centro Educativo Terapéutico (C.E.T.):

El Artículo 25 de la ley define al Centro Educativo Terapéutico (CET) como aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad mental, sensorial o motriz no les permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. El CET debe promover y facilitar la integración a la escolaridad común o especial cuando fuera posible.

6.1.9.1. Los beneficiarios de este tipo de prestación pueden clasificarse en dos grupos:

a) Trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, deficientes mentales con trastorno disocial. Estos beneficiarios deben incorporarse al CET cuando se encuentren compensados y no en una etapa de crisis.

b) Personas con discapacidad motores con compromiso intelectual de grado moderado, severo y profundo. Los CET ofrecen una amplia oferta de servicios que van desde escuela para psicóticos hasta apoyo para la integración escolar. Esta programación debe estar explicitada en forma genérica y flexible, y estableciendo en cada caso en particular el tipo de tratamiento a realizar. La atención de la persona con discapacidad debe ser individual y grupal, atendiendo a las necesidades de cada uno y del tipo de actividad a realizar. EL CET es adecuado para niños y jóvenes que habiendo sido incorporados a la educación especial fracasaron en ella, por dificultades personales y porque el proceso de educación sistemática no les permite la incorporación de conocimientos y aprendizajes. Cuando se trata de personas con discapacidades mentales, la incorporación a un CET debe efectuarse cuando se encuentra compensado. Ya que las etapas de crisis requieren un abordaje diferente. Son beneficiarios del CET los niños y jóvenes con discapacidades de 6 a 24 años que no tengan posibilidades de acceder a un proceso educativo sistemático.

El límite mínimo es rígido, pero puede flexibilizarse el máximo conforme los distintos tiempos de los beneficiarios, aunque no más allá de los 30 años.

6.1.9.2. Ingreso y egreso: El ingreso al CET es entre la misma franja etaria anterior, procurándose que a partir de la adolescencia ingrese a un servicio con características de adaptación o capacitación laboral. Las causas de egreso del CET pueden ser: a) haber adquirido niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos y/o laborales más adecuados a su nueva situación o b) haberse modificado sus condiciones psicofísicas de forma tal que no sea posible su continuidad en un CET y requiera para su atención otro tipo de servicio especializado.

6.1.9.3. Prestación: El CET es una prestación de modalidad ambulatoria, con atención individual y/o grupal de acuerdo a criterios de edad, condiciones psicofísicas y actividades a realizar, procurándose en todo los casos la utilización de

ambas metodologías, según corresponda. La concurrencia será diaria y en jornada simple o doble (un turno o doble turno) de acuerdo a la modalidad del servicio y a la zona o región donde se desarrolle. La organización educativa terapéutica en todo servicio deberá incluir como mínimo tres sesiones individuales para la modalidad de concurrencia de jornada doble y dos sesiones individuales en el caso de jornada simple de las distintas especialidades o de alguna de ellas, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada una en particular. La cantidad de alumnos por grupo variará entre ocho y diez niños o jóvenes. Cuando el CET funcione como apoyo para la integración educativa el servicio se brindará en un solo turno y en contra-turno concurrirá al servicio que corresponda.

6.1.9.4. Equipo: El CET debe contar con un equipo profesional y docente. El equipo básico estará formado por un director (puede ser un profesional o docente especializado), un docente especializado por grupo, un psicólogo, un médico especialista según el tipo de discapacidad, un asistente social y un terapeuta ocupacional. A este equipo básico se le sumará en forma complementaria un equipo de profesionales según el tipo de discapacidad, que estará formado por un kinesiólogo o terapeuta físico, un psicomotrista, un fonoaudiólogo, un musicoterapeuta y auxiliares en el 50% de los grupos.

6.1.9.5. Funcionamiento: En cuanto al funcionamiento del CET, será un servicio independiente de otros servicios para personas con discapacidades. El lugar físico debe ser amplio, luminoso y ventilado, con espacios adecuados para la actividad que desarrollen, debiendo observarse que no existan barreras arquitectónicas que provoquen problemas de accesibilidad a los beneficiarios. La frecuencia de atención del CET será diaria, con jornada simple o doble según el caso.

6.1.10. Centro de Rehabilitación Psicofísico:

El Artículo 26 de la ley define a esta prestación como el servicio que se brindará 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.

6.1.10.1. Rehabilitación Motora:

Respecto del concepto de rehabilitación, se insiste en lo referido precedentemente. El Artículo 27 refiere expresamente a la rehabilitación de personas con discapacidades de tipo motora, o en términos más precisos, de orden predominantemente motor (lo que no excluye que la persona padezca otro tipo de discapacidad además de la motora).

El inc. a) del artículo determina que la duración y el alcance de las coberturas que menciona serán definidos por la reglamentación de la ley, y en este sentido, esta conclusión resulta de utilidad a la hora de determinar el alcance de la cobertura que establece el segundo inciso del artículo.

El Artículo 27, inc. b) determina la obligatoriedad de los agentes del seguro de salud de proveer a los beneficiarios con discapacidades de tipo motor *ortesis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos* de acuerdo a determinadas pautas:

a) Características del paciente.

b) Período evolutivo de la discapacidad.

c) La integración social del paciente.

d) Necesidad de que sea ordenado por el médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o el equipo tratante, o si fuera otro especialista quien lo prescribe, conforme al resultado de la evaluación de esa prescripción.

6.2.- Análisis del Problema y resultados:

En el presente trabajo de investigación se han definido, a través de los objetivos generales enunciados precedentemente, y luego de describir el entramado conceptual, conformado por cada uno de los conceptos desde los cuales se ha interpelado a los textos comprendidos tanto por la Convención sobre las personas con discapacidad, como por la legislación argentina, seleccionado como unidad de análisis para el presente trabajo.

En este apartado específico se desarrollan los principales hallazgos producidos en el trabajo de análisis documental planteado en la metodología de la investigación.

Lo expuesto a continuación parte de los principios de la Convención (PUNTO 4.12), recalcando en qué medida la legislación, en su propio texto, se aleja y/o no contempla dichos principios fundamentales que son los indicadores para el análisis del texto de legislación vigente.

“La Asamblea General de las Naciones Unidas al establecer, en 1982, el Programa de Acción Mundial para las Personas Discapacitadas, reafirmó el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades, a la participación plena en las actividades económicas y sociales, y al igual acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación.

La República Argentina, reconoce los derechos de las personas con discapacidad y los señalamientos de los organismos internacionales sobre las personas con discapacidad. Para ello, ha establecido un Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, regulado por la Ley Nº 24.901/97 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad"; en el Decreto Nº 762/97 se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y en el Decreto Nº 1.193/98, que es la normativa Reglamentaria de la Ley de Prestaciones Básicas.

Históricamente, las prestaciones de habilitación y rehabilitación integral no habían sido abordadas en forma programática por los financiadores, que venían respondiendo a las demandas de sus asociados en esta materia con criterios dispares. Por otra parte, las personas con discapacidad carentes de cobertura de obra social, régimen de seguridad social o de otros regímenes de protección, tampoco tenían asegurada la atención de sus necesidades de habilitación y rehabilitación.

El Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad viene a producir, por tanto, un cambio importante dentro del sistema prestacional, al asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática." ²⁶

En lo referente a la Ley Nº 24.901/97 no ha sido, como se sabe, la primera ley en el marco nacional sobre discapacidad (esa definición corresponde primordialmente a la Ley Nº 22.431), pero su entrada en vigencia en 1998 constituyó un hito muy importante: estableció una obligación de cobertura legal para las obras sociales nacionales (luego se extendió a las prepagas y a posteriori se homologó a las obras sociales provinciales) y se fijó un presupuesto de financiamiento de la discapacidad a través del Fondo Solidario de Redistribución de la ex A.P.E. (actualmente SUR).

En el presente trabajo se desarrolla una presentación de los puntos más importantes de la ley respecto al sistema de salud teniendo en cuenta que:

a) Se trata de un cuerpo legal con un fuerte componente médico rehabilitario, vigente en el año 1998 cuando la ley se promulga;

²⁶ <http://www.conadis.gov.ar/sistema.html>.

b) Las prestaciones, sus objetivos y la configuración de los servicios, se basan en lo normado por la propia Ley N° 24.901/97 y particularmente en la Resolución Ministerial N° 1328/2006 MS y sus antecesoras denominadas “Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad”. Esta aclaración resulta importante ya que la Convención de los derechos de las personas con discapacidad vendrá a proponer la reformulación de los paradigmas médicos de la ley, reformulando, al menos como regla de interpretación general, un marco distinto dentro del modelo de construcción social de la discapacidad, que tendrá impacto en prestaciones como educación o trabajo, entre otras.

Asimismo, la Ley N° 22.431 establece en su Artículo 4° que “El Estado, a través de sus órganos dependientes, prestará a las personas con discapacidad, en la medida en que éstas, las personas de quienes dependan o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos...” (los servicios relacionados con la discapacidad). Es decir, las obligaciones de las obras sociales resultan subsidiarias —en principio— a que los demás que enumera no puedan afrontarla. En cambio, el Artículo 2° de la Ley N° 24.901/97 es mucho más taxativo, exclamando que: “Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660, tendrán a su cargo *con carácter obligatorio*, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas las mismas”²⁷

El artículo transcrito precedentemente, coloca en primer lugar a las obras sociales, y el Artículo 3° modifica en este sentido el Artículo 4° de la Ley N° 22.431 declarando que el Estado prestará los servicios a quienes no estén incluidos en el sistema de obras sociales, “en la medida en que aquellas (las personas con discapacidades) o las personas de quienes dependan no puedan afrontarla...”. Es decir, dos sistemas: quien sea beneficiario del sistema de obras sociales deberá reclamarlo de éstas. Quienes no tengan cobertura social, será el Estado nacional el obligado (esto, expresamente lo declara el Artículo 4°), y se entiende que principalmente está dirigido, en la medida en que no pueda hacerlo, a la persona con discapacidad o sus personas encargadas.

A su vez, se destaca el Decreto N° 1193/1998 del Poder Ejecutivo Nacional P.E.N. reglamentario de la Ley N° 24.901/97, el cual establece que las prestaciones que surgen del Artículo 11 al 39 de la ley serán normatizadas mediante el **Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad**, y que será la Superintendencia de Servicios de Salud el Organismo Responsable —en su área de

²⁷ Ley N° 24.901/97, Art.2.

competencia— de la supervisión y fiscalización de la aplicación de dicho nomenclador, además de la puesta en marcha de un Registro de Prestadores de Discapacidad...”

En tanto que, la **Resolución N° 428/1999 MS** (23/6/1999) aprueba como Nomenclador de Prestaciones Básicas, propuesto por la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, con el objeto de convertirse en una herramienta fácil para optimizar la facturación por parte de los prestadores.

Por su parte, en la **Resolución N° 400/1999 de la A.P.E.** (16/2/1999) se aprueba como Nomenclador de las mismas Prestaciones Básicas, pero en cumplimiento de lo normado por el Artículo 7º, inc. a) de la Ley N° 24.901/97, que establece que para los beneficiarios del sistema de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 la financiación de la discapacidad provendrá del Fondo de Redistribución que establece el Artículo 22 de la Ley N° 23.661.

Ambas resoluciones han tenido en el tiempo sucesivas modificaciones, tanto con respecto a las prestaciones que se incorporan, como de los valores de los aranceles incorporados en las mismas”²⁸

6.3. Articulación del Análisis de los resultantes del trabajo en la empiria con los objetivos establecidos: Dando cumplimiento a los objetivos específicos y por ende al general, se han descripto e identificado las prestaciones de la Ley N° 24.901/1997 a analizar del marco básico de prestaciones en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad; se han identificado los Principios de la Ley N° 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; se han analizado y se describió comparativamente las prestaciones identificadas en las Leyes N° 24.901/97 y la N° 26.378/2006 –ratificada en el 2008-, en función de los principios vertidos en ésta última mencionada, determinado sus diferencias; se ha determinado la articulación vigente con la legislación anterior y actual respecto a la Ley N° 26.378/2006 –ratificada en el 2008-: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Además, de haber identificado y analizado su estructuración / vigencia; y su encuadre dentro de los parámetros referidos a los principios de la Convención, referida precedentemente y las características de la tipología de las coberturas de los Financiadores.²⁹

²⁸ Rosales P.O., Tesis de Isalud, 2009.

²⁹ A efectos de dar cumplimiento de algunos de los objetivos específicos mencionados, se expone en el **Anexo I** del presente trabajo final integrador un *Cuadro Comparativo de la legislación vigente y los principios de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad*, cuya fuente es de elaboración propia.

7. Conclusiones ►

Al analizar el Eje de atención ambulatoria, con sus respectivos dispositivos, se observa que las Modalidades de Atención Ambulatoria mencionadas en el Nomenclador de Prestaciones básicas para personas con discapacidad, contemplan los Principios enumerados en el Artículo 3º de la Convención Internacional para Personas con Discapacidad.

A su vez, con el objetivo de profundizar el análisis comparativo de legislación exclusivamente teórico, se incorporó como última dimensión de análisis, los Requisitos que solicita el Servicio Nacional de Rehabilitación para que las Instituciones que brindan servicios para personas con discapacidad, puedan categorizar.

La categorización, es una forma estandarizada de clasificación que poseen dichas instituciones. Depende la cantidad de requisitos que cumplan, pueden obtener la categoría: A, B, o C.

Asociado a dicha categorización, va de la mano, el monto que una institución puede facturar por mes a las Obras Sociales que integran el Sistema de la Seguridad Social en Argentina.

A su vez, sobre estas categorizaciones, las Obras Sociales van a poder solicitar al SUR, un dinero mensual en concepto de reintegro, que su monto también está estandarizado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se concluye, que si las Instituciones que brindan servicios a personas con discapacidad cumplen con la mayor cantidad de requisitos que solicita el SNR, están garantizando un estándar de calidad de atención a las personas con discapacidad. Por ende, se consideró como una dimensión más de análisis, los requerimientos que forman las Normas Marco para categorizar.

A su vez, como se describió anteriormente, se exigen requisitos edilicios, de seguridad e higiene, de planes de trabajo y de acreditación de profesionales que compone cada institución. El conjunto de estos requisitos, son evaluados por un equipo interdisciplinario designado por el Servicio Nacional de Rehabilitación.

Lo que otorga el valor agregado, que se está evaluando a la persona que va a recibir tratamiento en los centros, desde el enfoque bio-psico-social, en concordancia con los principios de la Convención.

Por otro lado, sería de suma relevancia considerar la incorporación de nuevos dispositivos al Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, tales como: acompañante terapéutico, cuidador, enfermería.

Dichas figuras serían importantes a la hora de que las personas con discapacidad, que poseen alguna limitación, puedan seguir desarrollando su vida personal, sin dejar a un lado, el principio de autonomía, incluida la de tomar sus propias decisiones para la vida diaria.

Como último, se concluye que se considera relevante, para futuras investigaciones, que lo analizado estrictamente en el presente trabajo desde la teoría comparando legislaciones vigentes, pueda ser desarrollado por quienes le interese el tema, complementando esta investigación con un análisis de campo.

Asimismo, cabe destacar que, a lo largo de la producción textual y en las conclusiones se ha dado cumplimiento a los objetivos, tanto general como específicos de la presente investigación.

8. Bibliografía ►

8.1.- Referencias bibliográficas:

- ✓ Aguado Díaz, A. (1995), *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial, Colección Tesis y Praxis, asimismo: Braddock, D. L., y Parish, S. L., *An Institutional History of Disability*, en la obra titulada *Handbook of Disability Studies*, ALBRECHT. Madrid, España.
- ✓ Bachelard G. (2000), *La formación del espíritu científico*..Ed. Siglo veintiuno 1ra.edición en español. 1948 –23ra.edición en español.
- ✓ Bottinelli, M. M. (2003); Metodología de Investigación, *Herramientas para un pensamiento científico complejo*. Autor ed. Buenos. Aires.
- ✓ Diario Clarín (20 de diciembre de 2007); Ordenan reglamentar una ley para discapacitados
- ✓ Diario clarín (16 de abril de 2012); Autismo: obligan a una obra social a cubrir un tratamiento
- ✓ Dworkin, R. (1993), *Los derechos en serio*, Planeta-Agostini.
- ✓ Eco, U. (2000); *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*, Gedisa: México.
- ✓ Lain Entralgo, P.(1961), *Enfermedad y pecado*, Toray, Barcelona, España.
- ✓ Margot Romano Yalour, Federico Tobar (1999) *Cómo Hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud*. Isalud .Buenos. Aires.
- ✓ Montas Ramírez F.A. (2012) Las personas con discapacidad a través de la historia. Monografía (folleto).
- ✓ Palacios A.(2008), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

✓ Quinn, G. y Degener, T. (2002), *Derechos Humanos y Discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*. Documento Naciones Unidas HR/PUB/02/1, Nueva York y Ginebra.

✓ Revista La Discapacidad (2007), *una mirada desde la teoría de Sistemas y el Modelo Biopsicosocial*. Vanegas García J.H. / Gil Obando L.M..

✓ Rosales, P.O. (2009), Tesis: Análisis Crítico Descriptivo de la normativa de la discapacidad en Argentina con énfasis en el sistema de salud y en el marco de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad –LEY Nº 26.378-. ISALUD.

✓ Travieso J.A. (2000); *Los Derechos Humanos en la Constitución de la República Argentina*. Editorial Eudeba. 2000. Página 115.

✓ Samaja, J. (1993); *Epistemología y Metodología, Elementos para una teoría de la investigación científica*, EUDEBA: Buenos Aires.

8.2.- Sitios web consultados y recuperados de:

✓ <http://www.snr.gov.ar/publicacion.php?id=72>

✓ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/62835/norma.htm>

✓ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma.htm>

✓ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/62835/norma.htm>

✓ http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/Discapacidad_Salud_Pobreza.pdf.

✓ http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/Discapacidad_Salud_Pobreza.pdf.

- ✓ <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>.
- ✓ <http://www.snr.gob.ar/uploads/Resolucion%202-13.pdf>. Resolución N° 2/2013
- ✓ <http://www.snr.gov.ar/publicacion.php?id=78>. Guías de Evaluación.
- ✓ [http://es.wikipedia.org/wiki/Leyes_nacionales_de_discapacidad_\(Argentina\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Leyes_nacionales_de_discapacidad_(Argentina))
- ✓ <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Discapacidad%20Benavidez.pdf>
- ✓ <http://www.argentina.gob.ar/informacion/27-discapacidad.php> Fundación PAR
- ✓ <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/handle/123456789/844?mode=full>
. Universidad Mayor de San Andrés

ANEXO I

“Cuadro Comparativo de la legislación vigente y los principios de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad”

Nº	Prestaciones del Eje Modalidad Ambulatoria- Resolución N° 428/1999 M.S.				Convención	Resolución N° 2/2013: Normas de categorización de prestadores
		Definición	Prestación Institucional	Modalidad de Cobertura	Principios	Normas para el Marco de procedimientos
1	Atención ambulatoria:	Está destinado a personas con todo tipo de discapacidad. Refiere a que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación	Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.	Módulo Integral Intensivo: Comprende 5 o más de 5 días de cobertura.	a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;	1) debe ser efectuadas por junta evaluadora de servicios que se establezca en cada región: Esta,á integrada por: Médico, Asistente Social, Arquitecto y un Psicólogo. Si fuere Educativa o Educativa terapéutica: deberá incluirse Lic. en Cs. de la Educación o Psicopedagogo
	Fisioterapia – Kinesiología		Hospitales con Servicios de Rehabilitación	Módulo Integral simple: Comprende menos de 5 días semanales.	b) La no discriminación	2) Se aplica a las instituciones nuevas al sistema, o a las que pretenden categorizar, o a aquellas que quieren cambiar su categorización, aumentar los cupos, mudar el domicilio diferente al habilitado para dar alguna prestación, etc.

Terapia Ocupacional.		Consultorios de rehabilitación de Hospitales	c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;	3) La evaluación se efectuará bajo la aplicación de las guías de evaluación del marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a P.C.D. y de las Normas de categorización de establecimientos y servicios de rehabilitación.
Psicología		Clínicas o Sanatorios polivalentes.	d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;	4) Se efectuarán auditorías de control sobre las entidades registradas en su región. Las auditorías completarán las guías de evaluación. Armarán un acta con las falencias y el tiempo que poseen para resolverlas.
Fonoaudiología		Centros de Rehabilitación.	e) La igualdad de oportunidades;	5) El plano de la planta física aprobado /habilitación municipal /habilitación de incendios /plan y plano de evacuación / seguro de responsabilidad civil comprensiva.
Psicopedagogía		Consultorio Particular	f) La accesibilidad;	6) Los requisitos de seguridad e higiene: certificado que acredite la realización del análisis bacteriológico físico-químico del agua / contar con servicio de recolección de residuos patológicos.
			g) La igualdad entre el hombre y la mujer;	7) La descripción del objetivo general y específico de cada tipo de servicio. Perfil de la población a atender, incluyendo edades, criterios de admisión y egreso. (plan de trabajo).

					h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad	8) Los títulos, nombre apellido, número de matrícula, de los miembros directivos, carga horaria diaria, cada modalidad prestacional se deberá presentar por separado
						9) Los títulos legalizados por autoridad competente.
						10) Los ascensores: se debe incluir copia del último "service" realizado.
						11) La documentación en original. Sino certificado por escribano público.
2	Hospital de Día	Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación	Clínicas Sanatorios de Rehabilitación.	o de	Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.	
			Hospitales con Rehabilitación.	Servicios de		
			Centros de Rehabilitación.			
3	Centro de Día	Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad	Centros de Día.		Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.	

4	Centro Educativo-Terapéutico	Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades	Centro Educativo-Terapéutico.	Jornada simple o doble.		
5	Módulo de Estimulación Temprana	Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico - educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.	Centros de Estimulación Temprana.	de Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.		

6	Educa- ción Inicial	Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente, de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.	Escuela de Educación Especial y/o Escuela de Educación Común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.	Simple o doble.		
7	Educa- ción 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 correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.	Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.	Simple o doble		
8	Apoyo a la Integra- ción escolar	Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.	Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.	Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea y / o sucesiva, según corresponda.		
		3 a 18 años				

9	Formación laboral y/o rehabilitación profesional	Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y / o profesional 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 deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por los organismos oficiales competentes en la materia.	Centros Escuelas de Formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional.	o Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.
---	---	---	--	--

Tabla Nº 1: Cuadro Comparativo de la legislación vigente y los principios de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia 2013.

ANEXOII

Leyes nacionales de discapacidad (Argentina)

La legislación Argentina contiene un compendio de leyes de discapacidad amplio, muchas son complementarias entre sí.

Con la Ley 22.431 sancionada y promulgada el 16 de marzo de 1981 Argentina ha reunido un conjunto integral de leyes de discapacidad, ello coincide con la iniciación del Decenio de los Discapacitados proclamado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Con ello inició una etapa con normas conjugando gran parte de los intereses de los discapacitados, produciendo una recopilación de medidas al respecto.

Ley 22.431

La **Ley de Sistema de Protección Integral de los Discapacitados** o **Ley 22.431** fue sancionada y promulgada el 16 de marzo de 1981 por Jorge Rafael Videla con el objetivo de otorgar a las personas discapacitadas atención médica, educación y seguridad social. Y modificadada para readaptarla en diferentes oportunidades.

En su **artículo 2** define a los discapacitados como:

(...) se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

En cuanto a la asistencia les otorga los siguientes beneficios:

- Rehabilitación integral,
- Formación laboral o profesional,
- Préstamos o subsidios,
- Regímenes diferenciales en seguridad social,
- Escolarización,
- Orientación o promoción individual, familiar y social.

Le asigna al Ministerio de Bienestar Social de la Nación (actual Ministerio de Salud) entre otras, la tarea de reunir información, desarrollo de planes, apoyar y coordinar actividades de las entidades sin fines de lucro y crear hogares de internación total o parcial.

En su **artículo 8** refiere al porcentual de 4% que deberá tener el Estado nacional y sus distintos organismos en cuanto a la ocupación laboral de las personas con discapacidad idóneas para el cargo. Dicha tarea debe ser autorizada y fiscalizada por el Ministerio de Trabajo gozando de los mismos derechos y obligaciones que los demás trabajadores. El artículo 8 fue modificado por Ley 25.689 del año 2003 añadiendo que los ministerios que no tengan la cantidad de empleos relevados los datos de la cantidad de cargos cubiertos con personas con discapacidad, se considerará que incumplen con el 4% y los postulantes podrán hacer valer sus derechos de prioridad de ingreso.

Además, en su **artículo 12**, destaca que el Ministerio de trabajo tiene la obligación de crear talleres protegidos de producción.

En el **artículo 13** detalla la jurisdicción de actuación del Ministerio de Cultura y Educación (actual Ministerio de Educación) en la integración al sistema educativo y la formación del personal docente y profesional especializado.

El **artículo 20** original citaba que las empresas de colectivo debían transportar gratuitamente a las personas con discapacidad desde su domicilio al establecimiento educacional o de rehabilitación de forma gratuita. También se han modificado los subsiguientes **artículos 21 y 22** de la misma. El texto actual de la ley, en los artículos 20, 21 y 22 cita a las:

- **Barreras físicas urbanas** (Artículo 20): como cruces peatonales, escaleras y rampas, espacios públicos como los parques, estacionamientos y obras en la vía pública.
- **Barreras arquitectónicas** (Artículo 21): públicas o privadas como las viviendas colectivas, como los edificios. Agregando en el **artículo 28** que la aprobación de los planos dependerá de la inclusión de éstas normas.
- **Transporte público** (Artículo 22): vehículos de transporte público con dos asientos delanteros reservados y gratuidad de transporte a cualquier destino. Estaciones de transporte y aeropuertos con rampas antideslizantes, pasos alternativos y sanitarios adaptados. Y, en cuanto al transporte propio, con estacionamiento gratuito y señalización correspondiente para los mismos.

El **artículo 23** que cita el descuento del 70% de deducción especial en el impuesto a las ganancias que se concede a los empleadores que contraten empleados discapacitados quienes trabajen en sus establecimientos o en su domicilio, ha agregado en el año 1983, la misma deducción en impuestos a las ganancias o capital correspondientes al cierre del período fiscal.

Ley 24.901

La **Ley de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad** o **Ley 24.901** fue sancionada el 5 de noviembre de 1997 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año con carácter de nacional.

Su objetivo, según el artículo 1 reza:

Instítuyese 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.

Aplicándose y obligando a las Obras sociales a la labor de prestar atención médica y otorgar los servicios de diagnóstico y control, siendo beneficiarios las personas con discapacidad comprendidas como tales en el artículo 2 de la Ley 22.431.

Se aplica a las prestaciones de carácter preventivo, de rehabilitación, a las terapéuticas educativas y a las asistenciales. También internación, en caso de que no pueda permanecer en su hogar, cobertura económica y la atención psiquiátrica.

En caso de que de que la persona requiriere médicamente medicamentos o productos para su dieta específicos y que no se produjeran en Argentina, le deberán reconocer la totalidad del precio de los mismos.

Aplicación de la ley

En 2012 la justicia obligó a la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN) a cubrir el tratamiento integral de una menor que padece de autismo, retraso mental grave y Síndrome de Cornelia de Lange incluyendo los gastos de internación, medicación y acompañamiento terapéutico. El recurso de amparo fue presentado en septiembre de 2009.

Aunque fuera reglamentada en 1997, en 2007 una jueza en lo contencioso administrativo le ordenó al Estado argentino que reglamente la ley, ya que en la práctica no se aplicaba. Esto se debió a la presentación de una acción de amparo realizada por una señora que sufría artritis degenerativa. El Estado argentino apeló la medida.

Ley 25.504

Es un complemento de la **Ley 22.431** y la **Ley 24.901** anteriormente mencionadas. Fue sancionada el 14 de noviembre de 2001 y promulgada el 12 de diciembre del mismo año, conocida por ser la **Ley del Certificado de Único de Discapacidad**.

Encarga al Ministerio de Salud la certificación de la discapacidad, del grado y la naturaleza de la misma y las posibilidades de rehabilitación. Tiene en cuenta la personalidad, antecedentes y el tipo de actividad laboral o profesional que puede desarrollar.

El otorgamiento del certificado se da en todo el territorio nacional, teniendo idéntica validez con los certificados de la Ley 24.901.

Ley 19.279

La **Ley de Automotores para Lisidados** o **Ley 19.279** fue sancionada y promulgada el 04 de octubre de 1971 por Alejandro Agustín Lanusse y modificada en diferentes oportunidades.

En su **artículo 1** destaca que el objeto de ésta ley es facilitarles a las personas con discapacidad⁽¹⁾ la adquisición de automotores para uso personal para que desarrollen una vida normal dentro de la sociedad. En el **artículo 2** menciona que el mismo beneficio se aplica a las instituciones asistenciales sin fines de lucro que se dediquen a la rehabilitación de las personas con discapacidad, siempre que éstas sean reconocidas por el Estado.

Según el **artículo 3**, los beneficios son los siguientes:

- Para los vehículos de fabricación nacional tendrán una contribución del 50% del valor al contado de venta al público del modelo estándar, sin accesorios ni adaptaciones.
- Adquisición de un vehículo de fabricación nacional sin los gravámenes por impuestos (como el Impuesto al Valor Agregado)
- Adquisición de un vehículo extranjero estándar, sin accesorios, que cuente con las adaptaciones correspondientes. Pudiendo permitir la importación de las

adaptaciones y de la caja de transmisión automática tanto para los vehículos nacionales como para los importados destinados a uso personal debiendo presentar una declaración jurada. Estas importaciones estarán exentas de: pago de derecho de importación, tasas de estadística, servicio portuario, impuestos internos y al valor agregado.

El solicitante deberá acreditar que podrá adquirir y mantener el vehículo, siempre que no le permita adquirirlo sin los beneficios de la ley. Si el vehículo se adquiriera por medio de pago de cuotas también deberá acreditar que puede llevar a cabo el endeudamiento, ésta es la única excepción para que el vehículo pueda ser embargado por el incumplimiento de la prenda sobre el mismo.

En cuanto a los fabricantes de vehículos, en el artículo (I) admite que puedan importar cajas de transmisión automática y accesorios de adaptación para la fabricación de automotores adaptados con las mismas exenciones de importación. Para ello deberán cumplimentar con la Administración General de Aduanas y el Ministerio de Salud, dentro de los 10 días posteriores a la venta de la unidad adaptada, una declaración jurada.

El organismo emisor de los certificados de contribución estatal es el Ministerio de Hacienda -según el **artículo 4-**, los que serán utilizados para el pago de impuestos.

El **artículo 5** le otorga la calidad de inembargable al vehículo (por excepción de la compra en cuotas) por el término de 4 años desde su habilitación y "no podrán ser vendidos, donados, permutados, cedidos, ni transferidos a título gratuito u oneroso". Siendo controlados por la Dirección Nacional de Registro de la Propiedad del Automotor.

El **artículo 6** se refiere a las sanciones por infringir esta Ley o sus disposiciones. El **artículo 8** otorga al Banco de la Nación Argentina la facultad de otorgar préstamos para los vehículos nacionales de un 70% de la contribución estatal.

Ley 24.308

Fue sancionada el 23 de diciembre de 2003 y promulgada el 11 de enero de 1994. Es la **Ley que reglamenta las concesiones de pequeños comercios** y modifica a la Ley 22.431.

En el **artículo 3** establece la prioridad en el otorgamiento de concesiones para la instalación de pequeños comercios en las reparticiones públicas o privadas a los ciegos y/o disminuidos visuales. Según el **artículo 4**, si la actividad comercial menguara podrá solicitar el reubicamiento al Ministerio de Trabajo que deberá resolverse en 90 días.

Características de la concesión (**artículos 6 al 12**):

- Deberá abonar todos los servicios que use y un cánón que será proporcional a los servicios.
- Mantendrá la propiedad de las mejoras que haya realizado para la instalación del comercio.
- El comercio se ubicará en un lugar visible, de fácil acceso y deberá ser lo suficientemente amplio para realizar con comodidad la actividad.
- Los artículos autorizados para la venta deben ser amplios, para posibilitarle mayor productividad económica.
- Deberá cumplir con las disposiciones de higiene, seguridad, horarios y demás normas para la concesión.

- No se permitirá la venta de productos por parte de personas ajenas a la concesión.
- Si un funcionario dictase un desplazamiento arbitrario será pasible de sanción del artículo 1112 del Código Civil.

Artículo 13 explica que las concesiones se extinguen por renuncia del concesionario, muerte o caducidad por incumplimiento de las obligaciones. En cuanto al financiamiento, el **artículo 18** autoriza a los bancos a tener líneas de financiamiento especiales para la instalación o ampliación de este tipo de comercios.

1. Nota: En el texto original decía "lisiados" que fue sustituida por "personas con discapacidad"

Fuente: [http://es.wikipedia.org/wiki/Leyes_nacionales_de_discapacidad_\(Argentina\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Leyes_nacionales_de_discapacidad_(Argentina))

ANEXOIII

Las personas con discapacidad a través de la historia

“...Los diferentes procesos de la historia cómo han sido tratadas las personas con discapacidad. Tomar conciencia de ello y empezar a tener una forma de verlos diferentes no por caridad ni rechazo, sino como debe ser o justamente como debe ser, personas como nosotros que pueden desempeñar una labor social en cualquier área técnica.

Las personas siempre actuamos de forma negativa hacia lo desconocido, espero que de aquí en adelante no tengan miedo de ellos sino que los veamos como nosotros nos vemos a nosotros mismos.

Historia del maltrato que se les brinda o se les ha brindado a las personas con discapacidad a través de los tiempos.

DIVISIÓN DE LA HISTORIA	
Pre-Historia:	Como su nombre lo indica es antes de la historia o sea antes de la aparición de la escritura.
Se Subdivide en:	Edad de Piedra y Edad de los Metales
	La forma de pasar las tradiciones hechas y sucesos era de forma oral.
	La única forma para afirmar que siempre han existido las personas discapacitadas, fue el estudio de los huesos humanos y descubrimientos hechos en el antiguo Egipto de instrumentos que pertenecen a personas discapacitadas.
Historia:	Comienza con la aparición de la escritura en el 1476 D.C con la caída del Imperio Romano de Occidente
Se Subdivide en:	Antigua, Media, Moderna y Contemporánea.
Antigüedad:	Se caracterizó por la fuerza física, por lo tanto una persona con limitación física era considerada poseída o inservible.
Algunas Culturas:	
Grecia:	En su culto a la belleza y a la perfección física a los discapacitados los expulsaban de las ciudades o los exterminaban.
En Esparta:	Los lanzaban desde un monte, esto cambió tras la reforma de Pericles (499-429) D.C se comienzan a atender en Centros Asistenciales
Asia	Los abandonaban en el desierto y los bosques.
India	Los abandonaban en la selva y los echaban en un lugar llamado Sagrado Ganges
Egipto	Los abandonaban
Los Hebreos	Dio un tratamientos diferente a las personas con limitaciones, podían participar en los asuntos religiosos, el Judaísmo

	precursor del cristianismo al elevar la dignidad de la persona humana, hizo que se convirtiera en deber la atención a las personas con discapacidad.
	Constantino creó instituciones: los Nosocomios una especie de hospital donde se brindaba, techo, comida y ayuda espiritual.
Edad Media:	Comienza en el 476 y termina con la toma de Constantinopla por los turcos en 1453.
	Se consideraba a la discapacidad como un castigo de Dios. La sociedad no tenía responsabilidad con las personas discapacitadas. No hubo ningún progreso en esta época a favor de los discapacitados. Eran perseguidos y muertos.
Edad Moderna:	Comienza en el 1453 y termina en el 1789 con la Revolución Francesa.
	Dentro de esta edad se encuentra el Renacimiento entre los Siglos XV y XVI.
El Renacimiento:	Se caracteriza por grandes cambios, en la literatura, artes, ciencias y otros.
	Con respecto a las personas discapacitadas comenzó tímidamente un cambio de actitud, este cambio se reflejó cuando la sociedad comienza a reconocer que tiene responsabilidad ante esta población.
Inglaterra:	Los incluye en la ley de los padres.
España:	La Reina Isabel la Católica crea el primer hospital donde se le facilita a los soldados prótesis y aparatos terapéuticos y se les reconocía el pago de un salario. La Burguesía Capitalista saca de las calles a los discapacitados y crea instituciones para atender niños, ciegos, sordos y con retraso mental.
Siglo XVIII Grandes Personalidades Como:	Voltaire, Roseau, Lacker etc. Influyen para un cambio de actitud hacia los discapacitados por llevar a los hombres de su época a examinar la vida y el mundo como base de la experiencia humana. La Revolución Industrial permitió que las personas discapacitadas fueran vistas como responsabilidad pública, ya las personas con discapacidad no se veían diferentes.
Siglo XIX:	Se inicia con el estudio de las causas de la discapacidad, sin embargo, permanece el pensamiento que los niños que nacían discapacitados era por causa de los pecados familiares, los aislaban.
Esquirol:	Un médico Francés habló de la diferencia mental, como una situación caracterizada por el desarrollo defectuoso de las facultades intelectuales. La sociedad adquiere más claramente conciencia sobre el problema social que representan las personas discapacitadas.
Descubrimientos	Surge el primer alfabeto manual para sordos.

1822:	En Munich se crea el Instituto Técnico Industrial, que es la primera institución de la que se tiene referencia; tuvo como criterio el desenvolvimiento económico de las personas discapacitadas. En Montpellier (Francia) se crea un hospital con terrenos y jardines con ambiente adecuado para el cuidado de los pacientes.
1844:	El Canciller Alemán Busmarch hizo crear la primera ley de los accidentados de la industria, la cual sirvió de marco a leyes posteriores aprobadas en otros países. Pero aún existía una actitud negativa hacia las personas con discapacidad intelectual, señalando que constituían una amenaza y un peligro para la familia y la sociedad.
Siglo XX:	En diversos momentos de la historia a los discapacitados se les etiqueta como minusválidos, inválidos, impedidos etc.; han sido rechazados y muchos de ellos muertos por considerarse una especie de mal, este rechazo ha cambiado con el tiempo por sobreprotección convirtiéndose en un objeto de caridad. Más tarde en objeto de existencia para irse transformando poco a poco en objeto de estudio psico-médico-pedagógico, al ser considerados como sujeto problema. En este cambio de actitud ha estado presente el criterio de que no es una persona productiva socialmente, incluso cuando se dan cambios tendentes a lograr asistencia en términos de seguridad social mediante su status de menor de edad independiente de la edad por no ser socialmente productivo como lo decide la sociedad.
	Para este siglo este criterio cambia de forma positiva gracias a diversos factores como: a) Avances de la Medicina, se citan tres formas de discapacidad: 1-Congénita 2-Genética 3-Adquirida b) Mejor Educación de la comunidad frente al problema de las personas con discapacidad. c) La evolución de la sociedad industrial y capitalista por falta de mano de obra. d) Las grandes guerras y conflictos mundiales hicieron que las personas con limitaciones intervinieran las fabricas y estructuras gubernamentales en función. e) El Avance de la Ciencia. f) Los Movimientos Sociales.

	g) Descubrimientos en donde surge la fisioterapia como especialidad médica.
Edad Contemporánea:	Comienza en el 1789 hasta nuestros días.
	En la edad contemporánea surge lo que se entiende como Rehabilitación Profesional, se inicio con gran énfasis en el mundo occidental a partir del 1914, cuando los países europeos y más tarde los Estados Unidos, vieron regresar del frente de batalla a numerosos jóvenes integrantes de sus ejércitos, con secuelas físicas y mentales adquiridas en los enfrentamientos bélicos. En 1919 se firmó el tratado de Paz de Versalles y se creó la organización internacional del trabajo (O.I.T), entidad que ha tenido un papel decisivo en la promulgación de leyes y normas gubernamentales que buscan proteger los derechos de las personas con discapacidad, en promoción y desarrollo de programas de Rehabilitación profesional en el Mundo. Al finalizar la segunda Guerra Mundial, un número no inferior a doce países concentraron sus esfuerzos médicos y científicos en la curación y reintegro de las personas con limitaciones lo que facilitó aún más el desarrollo formal de la Rehabilitación. A su vez la O.I.T, desde su creación en todos sus documentos internacionales promulgó disposiciones referentes a las personas con limitaciones. Estas disposiciones dispersas son las que finalmente en 1955, en la Conferencia Internacional del Trabajo, dieron pie a la Recomendación No. 99, sobre la Rehabilitación y el Empleo de los Inválidos. Esta recomendación plantea en su esencia la necesidad de poner a disposición de las personas con discapacidad medios de adaptación y readaptación profesional independiente de su origen, naturaleza y edad siempre que puedan ser preparados para ejercer un empleo adecuado y tengan perspectiva razonables de obtener y conservar el empleo. Esta recomendación preconizó desde ese momento, la integración social y laboral de las personas con discapacidad. Pese a los progresos logrados en esta primera mitad del siglo XX, la sociedad en general y el ambiente de Rehabilitación, seguían considerando a las personas con limitaciones como necesitadas de asistencia y protección. Los rehabilitadores centraron su preocupación en unificar criterios, definir términos delimitar universos de acción, pero manteniendo aún tendencias del pasado...”

Fuente: Autor Prof.Francisco Augusto Montas Ramírez (2012)

ANEXO IV: Fundación PAR y producciones textuales universitarias (compilado)**“Sistema de atención de la discapacidad”****Certificado de discapacidad**

Permite acceder a un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurarles atención médica, educación y seguridad social y concederles las franquicias y estímulos para neutralizar las desventajas y posibilitarles su integración en la comunidad.

Los residentes en la Ciudad de Buenos Aires, desde 2008 podrán tramitarlo en 6 hospitales públicos. Puede consultar en el Ministerio de Salud porteño: 0800–333–7258, o en la Superintendencia de Servicios de Salud.

En el Servicio Nacional de Rehabilitación puede encontrar toda la información sobre dónde gestionarlo.

Salud: Programa Médico Obligatorio

Por decisión de la Corte Suprema de Justicia, las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo, el PMO (Programa Médico Obligatorio) semejante al de las obras sociales en casos de rehabilitación y mejora de calidad de vida de personas con discapacidad.

Importación de Medicamentos, Insumos de Rehabilitación, Tratamiento y Capacitación

Las personas discapacitadas pueden acceder a la exención de gravámenes, a través de un régimen establecido mediante la Resolución 1388/97. Consulte esta normativa en Información Legislativa (Fuente: InfoLeg).

Educación Especial**Política de Educación Especial**

Atención de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales con base en algún tipo de discapacidad, desde la primera infancia y hasta la adultez.

Estadísticas

Relevamiento de alumnos discapacitados integrados a EGB 3 y educación polimodal en 13 provincias argentinas en 2004.

Sitios de Interés sobre Educación Especial

Información sobre diferentes tipos de discapacidades y temas relacionados. Puede encontrar una completa selección realizada por la Biblioteca Nacional de Maestros.

Trabajo**Unidad para Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables**

Oficina de empleo y colocación que promueve la inserción laboral para los buscadores de empleo con discapacidad y los empresarios interesados en emplearlos. Desde 2007 se trabaja conjuntamente con las oficinas de empleo municipales que conforman la Red de empleo.

Sistema único de prestaciones básicas para personas con discapacidad

Promoción laboral de trabajadores con discapacidad motora o sensorial, sin compromiso mental, para su integración a la esfera productiva de la sociedad, en forma competitiva. Servicio proporcionado por la Fundación Par, organización sin fines de lucro.

Deportes**Centro Nacional de Recreación y Deportes**

El Servicio Nacional de Rehabilitación fomenta la práctica del deporte y la recreación como actividad complementaria del proceso de rehabilitación médica, y como estrategia de desarrollo personal y de su integración social.

Fundación Deporte para Personas con Discapacidad

Tiene como misión lograr que todos los niños y jóvenes con capacidades diferentes encuentren en el deporte una herramienta para lograr una mejor integración en la sociedad, mejorar su calidad de vida y ayudar a su desarrollo psico-físico.

Programas y Competencias del Centro Nacional de Recreación y Deportes

Programas destinados a personas con discapacidad, dirigidos por profesores de Educación Física y sus clases son grupales.

Federación Argentina de Deportes para Ciegos

La FADEC nació en marzo de 1988. Actualmente reúne a cincuenta y dos entidades afiliadas, entre las cuales se encuentran clubes deportivos, escuelas, centros de rehabilitación, instituciones privadas, fundaciones y Direcciones de Deporte provinciales.

Artes**Fundación Artistas Discapacitados**

Es una entidad sin fines de lucro, que funciona desde 1993. Surgió a partir de la necesidad de insertar a los artistas y personas con discapacidad en forma activa en la sociedad, para ello les brinda capacitación para que desplieguen su potencial.

Banda Sinfónica de Ciegos

Debutó en 1947 y fue la primer banda de su tipo en el planeta. Su repertorio actual comprende composiciones de Mozart, Schubert, Beethoven, Haendel y también de autores argentinos, como Aguirre, Gianneo, Gilardi y Piazzolla.

Planes y Programas**Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad**

Tiene como objetivo asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de un sistema de integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática, en el ámbito nacional.

Plan nacional de accesibilidad urbana, edilicia, comunicacional y del transporte.

La "accesibilidad al medio físico" es un derecho a ejercer por todas las personas en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades. Cuando hablamos de planificar para que una ciudad sea accesible, generalmente se habla de diseñar o adecuar un medio cultural para que "todos" tengan acceso al mismo.

Programa de Apoyo Tecnológico para la Discapacidad (ATEDis)

Su principal objetivo es facilitar a las personas con discapacidad el acceso y fomentar el uso de los servicios y las tecnologías de la Sociedad de la Información para mejorar su calidad de vida.

Programa de Accesibilidad Electoral

Tiene por objetivo incorporar a la normativa electoral previsiones que faciliten el ejercicio del derecho al sufragio a personas con discapacidad. Toda la información sobre el programa se encuentra en una web accesible, desarrollada por la Dirección Nacional Electoral, donde puede consultar el padrón, un listado de preguntas frecuentes y recomendaciones respecto del tema.

Universidad Mayor de San Andrés:

“...Podemos decir que somos seres sociales desde el momento en que nacemos, ya que todas nuestras acciones afectan a las personas que nos rodean, si bien dentro de nuestro país existen normas y reglas que orientan sobre el trato a los Adultos Mayores y a las Personas con Discapacidad, no es suficiente debiendo existir una conciencia interior que nos impulse a tratar de manera digna, y con respeto a esta población. El presente proyecto centra su estudio en la Unidad del Adulto Mayor y Personas con Discapacidad, que brinda apoyo y atención a Adultos Mayores y Personas con Discapacidad con diferentes problemáticas de índole familiar u otros. Con el concepto de organizar la información para agilizar el control y seguimiento de los casos recepcionados por funcionarias de la Unidad, se hace necesaria la implementación de un sistema de información, que agilice la atención además de realizar un control de cada caso, con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida a estas poblaciones. El proyecto sigue el lineamiento de investigación de control y seguimiento de casos denunciados en la Unidad del Adulto Mayor y Personas con Discapacidad basada en las leyes De Privilegios del Adulto Mayor y la Ley de La Persona con Discapacidad. La atención y seguimiento de casos permite realizar un mejor análisis de las problemáticas atendidas dentro de nuestra sociedad, y permitiéndonos contar con información oportuna, que contribuya en la difusión dentro de la familia de las responsabilidades que tenemos para velar por los derechos de los adultos mayores y personas con discapacidad, y procurar un cambio de actitud social y sensibilización de parte de la ciudadanía para disminuir los índices de violencia, maltrato y discriminación que sufren estos sectores vulnerables...”