

Especialización en Gestión de Servicios  
para la Discapacidad  
Trabajo Final Integrador

Autora: María Verónica Álvarez

**LA OFERTA PRESTACIONAL Y SU RELACIÓN  
CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN  
CON DISCAPACIDAD ASOCIADA A UNA  
EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA  
DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD**

2016



*Citar como:* Álvarez, M. V. (2016). La Oferta Prestacional y su relación con las características de la Población con Discapacidad asociada a una Empresa de Medicina Prepaga de un Hospital de Comunidad. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

## INDICE

1-Resumen/Abstract .....	Pág. 3
2-Introducción.....	Pág. 5
3-Planteamiento del Problema.....	Pág.6
3.1-Objetivos General y Específicos... ..	Pág.7
4-Marco Teórico	
4.1-Que es la Discapacidad.....	Pág.8
4.2-Modelos de Abordaje.....	Pág.12
4.3-Sistema de Salud Argentino.....	Pag.18
4.4- Marco Legal .....	Pag.23
4.4.1 Ley 24.901.Nomenclador.....	Pág.24
4.4.2 Ley 26378 (CIDPcD).....	Pág.26
4.4.3- Ley de Medicina Pre-paga.....	Pág.38
4.5 Calidad de los Servicios.....	Pág.38
5-Guión Metodológico.....	Pág.45
6-Desarrollo.....	Pág. 46
7- Conclusiones.....	Pág.58
8-Bibliografía.....	Pág. 61

## 1- Resumen

En la última década hubo importantes avances en relación con los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en nuestro país. Desde la adhesión a la Convención Internacional de Derechos para las Personas con Discapacidad (2008) hasta la sanción de la ley 26.682 de medicina prepaga entre otros de no menor importancia.

Alineado con esta evolución el presente trabajo se desarrolla dentro de la gestión de servicios para la atención de personas con discapacidad en una empresa de medicina pre-paga que funciona dentro de un Hospital de Comunidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para poder abordar el tema es necesario tener en cuenta que la medicina prepaga está regulada por la Ley 26.682 y su reglamentación con el decreto 1993/2011.

A partir de las obligaciones contraídas con la nueva regulación, se hace necesario pensar y poder planificar servicios para abordar la atención de las personas con discapacidad desde una perspectiva holística que permitirá aprovechar los recursos al máximo y brindar atención de calidad.

Por lo tanto, el objetivo es analizar la oferta prestacional que brinda el Plan de Salud de un Hospital de Comunidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para Personas con Discapacidad en relación con las características de la población con discapacidad atendida durante el período 2012—2013.

Los resultados permiten determinar las propuestas que se brindan y las necesidades no satisfechas de los usuarios para brindar un servicio de calidad optimizando los recursos existentes.



Es importante señalar que dentro del funcionamiento del Hospital de Comunidad se fusionan dos roles, el de prestador de servicios médico-asistenciales y el de financiador (Plan de Salud).

## 2. Introducción

La atención a las personas con discapacidad se ha caracterizado como un problema social, asentada básicamente en las acciones del sector privado y en algunas pocas instituciones del sector público que han asumido su responsabilidad desde hace unas dos décadas.

En el campo de la normativa, el país cuenta con la Ley 24.901" Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación 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.

En consonancia con esta legislación, este trabajo que se llevará a cabo dentro de una empresa de medicina prepaga en un hospital de comunidad ubicado en CABA, y se enmarca dentro de las prestaciones establecidas por dicha Ley.

El proceso de análisis comprende en primer lugar relevar la información disponible sobre las características de edad, sexo, tipo de discapacidad y diagnóstico.

En segundo lugar se analizar el tipo de cobertura que se brinda a las personas con discapacidad, y se caracterizará el tipo de institución que cubre la demanda.

La forma de ejecución del trabajo será a través del análisis de datos obtenidos en el hospital de comunidad, perteneciente a la empresa de medicina prepaga que en él opera.

A partir de los datos analizados se podrán conocer las características de la población en estudio y definir la prestación brindada.

### **3-Planteamiento del Problema**

La falta de conocimiento en relación a la gestión de prestación de servicios para personas con discapacidad genera conflictos en distintos niveles que hacen que los recursos no puedan ser utilizados de manera adecuada y que las necesidades reales de los usuarios tampoco queden satisfechas.

En respuesta a esta situación el sector privado de la salud debe generar una nueva visión en la atención de la discapacidad.

Dado que en los años futuros, la situación de discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando, esto implica que el problema debe ser abordado de manera responsable tanto desde la salud pública como desde los ámbitos privados ya que el gasto destinado a dar respuestas a la problemática de la discapacidad va a crecer de manera proporcional a lo que crecerá la población. Esto implicará destinar y administrar recursos de manera eficiente y equitativa para lo cual es imprescindible tener datos y conocer cuál es el escenario donde se despliega la oferta y demanda de servicios y qué características tiene la población con discapacidad para poder dar respuestas adecuadas a las necesidades y su relación con los recursos existentes.

Las empresas de medicina prepaga deberán conocer y abordar la discapacidad desde una perspectiva integral que asuma no solo la perspectiva de derechos sino también cómo se financia el cumplimiento de los mismos (la salud, la educación, el empleo, el transporte, etc )

Todo lo precedente nos lleva a formular el siguiente problema de investigación

¿Cuál es la relación entre la oferta prestacional y las características de la población con discapacidad atendida dentro de una empresa de medicina de un hospital de comunidad?

### **3.1- Objetivos:**

#### **a. General**

*Analizar la oferta prestacional que brinda el Plan de Salud de un Hospital de Comunidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para Personas con Discapacidad en relación con las características de la población con discapacidad atendida durante el período 2012—2013.*

#### **Específicos**

- ✓ *Describir la población con discapacidad atendida en un Hospital de Comunidad según género, edad, tipo de discapacidad y diagnóstico en el periodo 2012-2013.*
  
- ✓ *Identificar el tipo de prestación brindada a las personas con discapacidad y caracterizar el tipo de institución que cubre la demanda.*

## **4- Marco Teórico**

Teniendo en cuenta que dentro del funcionamiento del Hospital de Comunidad se fusionan dos roles: el de prestador de servicios médico asistenciales y el de financiador (Plan Médico) se observa por una lado una orientación hacia el crecimiento de la organización, promoviendo la cultura del desarrollo, que remarca como elementos importantes de la organización la innovación, la adaptación al contexto, el crecimiento, la expansión organizacional y la adquisición de mayores recursos. Por otro lado se aplica una racionalidad sanitaria (desde el Plan Médico-financiador) que permite aumentar el rendimiento del sistema, el desempeño organizacional, mejorar los resultados y reducir costos aplicando la lógica de calidad social y económica.

Para poder abordar la temática es necesario poder definir algunos conceptos básicos que nos permitirán tener un marco de referencia teórico desde donde se va a analizar el presente trabajo de Investigación.

### **4.1 Concepto de Discapacidad**

En primer lugar se define el concepto de Discapacidad según:

- a) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001)*
- b) *Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con discapacidad (NU, 2006)*

**a- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF/OMS, 2001)**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (CIF), es una clasificación de referencia y junto con la CIE constituyen las clasificaciones más importantes de la FCI.

La CIF fue aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS mediante la resolución 54.21 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001.

La CIF constituye una clasificación novedosa, que amplía el ámbito de la FCI resaltando la necesidad de contar con información de funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional para generar evidencia para la planeación de los servicios, evaluación de las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los países.

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores.

Los objetivos son:

- Proporcionar una base científica para el estudio y la comprensión de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos e información entre países, disciplinas, servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.

- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información en salud.

La clasificación desde el título plantea su amplio ámbito de uso: el término Funcionamiento se incluye como término neutro y abarca: funciones, estructuras corporales, actividad y participación, el término Discapacidad incluye: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y la incorporación del término de Salud se propone dada la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que permite evaluar la salud de la población.

La CIF está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como *deficiencias* en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las *limitaciones*. El tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las *restricciones*

Los tres componentes están integrados bajo los términos *funcionamiento* y *discapacidad* y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. *Discapacidad* es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Por el contrario, *funcionamiento* es el término

genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales.

Los factores contextuales pueden ser externos (*ambientales*) o internos (*personales*). Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc. Personales son la edad, el sexo, la biografía personal, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el estilo *coping*, el carácter, etc.

El impacto de los factores contextuales es tan importante que respecto al *funcionamiento* pueden actuar como facilitadores o como barreras. Hasta la fecha se han podido clasificar los factores ambientales mientras que los factores personales están en vía de serlo.

#### **b) Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con discapacidad (ONU, 2006)**

En el año 2006, fue redactada esta convención y mediante la Ley 26.378 se ratificó en la Argentina, para ser posteriormente designada con jerarquía constitucional mediante la Ley 27.044 en el 2014.

En su preámbulo y artículos se enuncia lo siguiente:

**Preámbulo, inciso e.** (*Reconociendo que*)

*“...la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta 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”.*

**Artículo 1º:** *“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”.*

#### **4.2 MODELOS DE ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD**

Durante mucho tiempo fue preocupación de los estados el tratamiento de la discapacidad. Se empezó a proponer el abordaje de la discapacidad desde ángulos distintos, surgiendo así distintos modelos:

Para ejemplificar estos modelos de abordaje de la discapacidad, tomaremos el trabajo realizado por la Dra. Agustina Palacios –los tres modelos desarrollados no son sucesivos ni excluyentes, sino que conviven y muchas veces se pueden observar de manera simultánea.

##### **A.-MODELO DE PRESCINDENCIA:**

Un primer modelo, que se podría denominar de prescindencia, en el que se considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad son asumidas como 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 las

desgracias, sus vidas no merecen la pena de ser vividas. Como consecuencia de dichas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, a través de la aplicación de políticas eugenésicas. Dentro de este modelo pueden distinguirse a su vez dos especies de paradigmas o submodelos, que si bien coinciden en los presupuestos respecto del origen de la discapacidad, no se ajustan en cuanto a sus consecuencias o características primordiales. Estos son:

a) El **submodelo eugenésico**, que podría ser situado a modo ilustrativo en la antigüedad clásica.

En primer lugar, la explicación respecto de las causas que daban origen a la discapacidad era religiosa: el nacimiento de un niño con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres en el caso de Grecia, o una advertencia de que la alianza con los Dioses se encontraba rota en el caso de Roma. Ello, unido a la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena de ser vivida, sumada a la consideración acerca de su condición de carga —para los padres o para el resto de la comunidad—, originaba que la solución adoptada por el submodelo bajo análisis fuera prescindir de las personas con deficiencias, mediante el recurso a prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños.

b) El **submodelo de marginación**. Aunque muchas de las características definitorias de este submodelo son una constante histórica, un ejemplo que puede resultar ilustrativo puede encontrarse en el tratamiento brindado a las personas con discapacidad durante la Edad Media, en donde se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres y los

marginados, y signadas por un destino marcado esencialmente por la exclusión. Si bien las explicaciones religiosas medievales fueron 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 deficiencia como una situación inmodificable originaba que debiera ser aceptada con resignación.

### **B.-MODELO REHABILITADOR O MEDICO HEGEMONICO:**

El segundo modelo es el denominado rehabilitador. Desde su filosofía se considera que las causas que dan origen a la discapacidad son científicas. Desde este modelo las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este paradigma es normalizar a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. El principal «problema» pasa a ser, entonces, la persona, o mejor dicho, sus limitaciones, a quién es imprescindible rehabilitar psíquica, física o sensorialmente.

Los primeros síntomas del modelo rehabilitador datan de los inicios del Mundo Moderno. Sin embargo, la consolidación del modelo mismo, sobre todo en el ámbito legislativo, puede ser situada en los inicios del siglo XX, al finalizar la Primera Guerra Mundial. Las causas que dieron origen a su realización podrían ser resumidas muy brevemente: la guerra y los accidentes laborales.

La discapacidad comenzó a ser relacionada con los heridos de guerra y fue vista como una insuficiencia, una deficiencia a ser erradicada. En un primer momento esto significó la implementación de políticas legislativas destinadas a garantizar servicios sociales para los veteranos de guerra con discapacidad, que reflejaba de algún modo la creencia acerca de la existencia de una obligación por parte de la sociedad, de compensar a estas personas mediante pensiones de invalidez, beneficios de rehabilitación y cuotas laborales.

### **C.-MODELO DE CONSTRUCCION SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD:**

Finalmente, un tercer modelo, denominado social, es aquel que considera que las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son preponderantemente sociales; y que las personas con discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de personas sin discapacidad, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas. 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. Parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir con respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de

cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

Esencialmente, el modelo social se ha originado, desarrollado y articulado, a partir del rechazo a los fundamentos expuestos desde el modelo que le precede. Precisamente, uno de los presupuestos fundamentales del modelo social radica en que las causas que originan la discapacidad no son individuales, como se afirma desde el modelo rehabilitador, sino que son preponderantemente sociales. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del fenómeno, sino las limitaciones de la 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.

Es posible situar el nacimiento del modelo social, o al menos el momento en que emergen sus primeros indicios, a finales de la década de los años sesenta o principios de la del setenta del siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra. Hasta ese momento, en las sociedades occidentales la discapacidad venía siendo considerada como el resultado exclusivo de las limitaciones individuales de una persona, que implicaba una tragedia personal para el afectado, y un problema para el resto de la sociedad. No obstante, desde finales de la década de los años sesenta, dicha consideración ortodoxa comenzó a ser el blanco de campañas a través de Europa y Estados Unidos. Las personas con discapacidad, en particular aquellas que vivían en instituciones residenciales, tomaron la iniciativa de buscar sus propios cambios políticos.

El modelo social se encuentra, entonces, muy relacionado con la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Se centra en la dignidad intrínseca del ser humano, y de manera accesoria, y sólo en el caso de que sea necesario, en las características médicas de la persona. Sitúa al individuo en el centro de todas las decisiones que le afecten, y sitúa 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.

La doctora Palacios plantea lo que denomina el “modelo de la encrucijada” en estos términos: históricamente la discapacidad fue entendida como “algo que le sucedía a alguien”. Y generalmente se lo relacionaba a un problema de salud o de desviación de la norma, de lo normal. Sin embargo, antes de avanzar es necesario puntualizar que la discapacidad, como construcción social, se halla en la encrucijada de tres elementos: en primer lugar, la particularidad biológica o de conducta de un sujeto, en segundo lugar, la organización económica y política, y, por último, el elemento cultural normativo. Y es en la confluencia de estos tres elementos en donde cada sociedad (en un tiempo y espacio específico) “determina quién será un discapacitado y cómo deberá ser tratado”. Este modelo de la encrucijada resulta una forma útil de abordar una mirada distinta de la discapacidad en el nuevo paradigma de construcción social de la discapacidad”.

Según el Modelo de la encrucijada hay tres elementos que se interrelacionan para conformar la discapacidad como situación y posición social y que se conjugan para la protección, promoción y garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad:

1. La particularidad biológica y de conducta de una persona.
2. La organización económica y política.
3. La cultura y la normatividad de la sociedad en la que viven las personas con discapacidad.

La particularidad biológica y de conducta queda vinculada actualmente con la noción de déficit, de disfuncionalidad en relación con una norma, a un único modo concebido socialmente como “normal” de ser o hacer. Esta particularidad “hace referencia a una enorme variedad de deficiencias de funciones o estructuras corporales, etiologías (de causas adquiridas o congénitas), duración (permanentes, progresivas, transitorias), gravedad (leves, moderadas, severas), etc., que se combinan de los más variados modos y hacen imposible definir un “tipo único” de discapacidad.

### **4.3 Sistema de salud argentino**

Para poder entender la lógica del sistema de salud que abarca la atención de las personas con discapacidad es necesario realizar una breve descripción de las particularidades que se dan en nuestro contexto actual.

#### ***Breve descripción del sistema de salud***

El financiamiento y la provisión de servicios de salud en Argentina se organizan a través de tres subsectores: público, seguridad social y privado.

El subsector público asume los roles de conducción, regulación y control del sistema, la provisión de bienes públicos (información, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente) y de atención médica y el financiamiento de la mayor parte de estos servicios públicos.

Este subsector está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios de Salud Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados o descentralizados.

También forman parte del subsector otros organismos públicos que realizan acciones vinculadas a la atención de la salud, aunque dependan jerárquicamente de otras áreas de gobierno como el programa de atención de la salud para beneficiarios de pensiones no contributivas y los programas de sanidad de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Sin embargo, dadas las características del sistema federal del país y la delegación parcial de potestades de las provincias al gobierno nacional, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud. A su vez, los municipios tienen a su cargo la ejecución de programas y administración de servicios en su órbita, difiriendo entre jurisdicciones la magnitud de su intervención.

A lo largo del tiempo y en distintas etapas, se dio un proceso de transferencia a las provincias y municipios de las responsabilidades financieras, técnicas y administrativas de los establecimientos públicos que estaban en manos del gobierno nacional. Como resultado de este proceso, en 1997 el nivel nacional tenía a su cargo un número reducido

de efectores, muchos de los cuales dependían de áreas de gobierno distintas al Ministerio de Salud y Acción Social. En contraposición las provincias y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ejercían un papel central como prestadores de servicios de atención médica.

Otro elemento característico del subsector público es que no existe una marcada diferenciación entre las funciones de financiamiento y de provisión de servicios, ya que mediante el financiamiento de la oferta, el sector público realiza una transferencia en especie a la población.

Sin perjuicio de lo expuesto, a partir del año 1993 se instauró el Sistema de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) que faculta a los establecimientos a facturar y cobrar a las instituciones aseguradoras de todo tipo. Este sistema permitió el desarrollo de un flujo adicional para el financiamiento de los hospitales públicos mediante un proceso de recupero de los costos de las prestaciones brindadas a beneficiarios de seguros de salud. A pesar de la vigencia del sistema de HPA, las dificultades para identificar la cobertura de los pacientes y deficiencias en la gestión administrativa dieron como el resultado un escaso poder de recaudación y la permanencia de subsidios del subsector público a los otros subsectores.

El **subsector de la seguridad social** está conformado por Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Este sistema brinda cobertura de atención médica a todos los trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos.

Además, pueden destinar fondos para otorgar otras prestaciones sociales. Las Obras Sociales administran los fondos de seguro que provienen de la recaudación de aportes y contribuciones de empleados y empleadores, que se fijan como porcentajes sobre la nómina salarial (3 y 5% respectivamente). El sistema contempla un Fondo Solidario de Redistribución, destinado a compensar la distinta capacidad financiera de las Obras Sociales, y por lo tanto se constituye en un mecanismo para mejorar las condiciones de equidad del subsector. El Fondo garantiza un ingreso mínimo por beneficiario titular y distribuye subsidios tanto para cubrir prestaciones de alta complejidad como para paliar déficits financieros. También se consideran Obras Sociales Nacionales algunas no comprendidas en la Ley 23.660, como las que brindan cobertura a empleados de los Poderes Legislativo y Judicial, de Universidades Nacionales y de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) se creó en 1971 con el objetivo de brindar servicios médico asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión pero a lo largo del tiempo amplió la cobertura a otros grupos poblacionales. El financiamiento establecido en la ley de creación proviene de aportes de los trabajadores en actividad y de los haberes de los pasivos así como de contribuciones de los empleadores. También son parte del subsector las Obras Sociales que se han constituido a nivel de cada provincia y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estas nuclea a los empleados estatales de las respectivas jurisdicciones y su financiamiento también provienen de aportes y contribuciones sobre la masa salarial de los mismos.

Además de ejercer su carácter de administradores de fondos de seguro obligatorio, algunas Obras Sociales cumplen funciones como prestadores ya que poseen establecimientos propios donde se brinda asistencia médica a sus beneficiarios.

Por otra parte, en algunos casos han extendido su oferta de cobertura a personas que desean afiliarse a las mismas mediante el pago de aportes voluntarios.

**El subsector privado**, desde el punto de vista del financiamiento está constituido por las familias, las empresas y las instituciones sin fines de lucro como financiadores directos; y por las administradoras de fondos de seguro voluntario, comúnmente denominadas empresas de medicina prepaga, como financiadores intermedios.

Las familias se hacen cargo en forma directa de un importante porcentaje del gasto en bienes y servicios de atención médica, incluyendo el pago de cuotas para adquirir en forma voluntaria cobertura de seguro médico. Las empresas intervienen a través de la financiación de servicios de medicina laboral y de seguros voluntarios para sus empleados. Esta última es considerada un salario en especie. Por otro lado, las instituciones sin fines de lucro que asisten a los hogares transfieren a éstos bienes y servicios de atención médica.

Los oferentes de seguros voluntarios son las Empresas de Medicina Prepaga, Mutuales u Obras Sociales -que actúan en estos casos como administradoras de fondos de seguro voluntario.

Estos agentes se financian mediante las cuotas que pagan sus afiliados y los copagos de servicios prestados. Asimismo, existen empresas que

ofrecen seguros parciales exclusivamente (por ejemplo para atención odontológica o servicios de emergencia).

Finalmente, existe una amplia oferta de servicios de prestadores privados, conformada por profesionales de la salud en sus consultorios particulares, establecimientos como hospitales, clínicas y sanatorios con o sin fines de lucro e instituciones que prestan servicios de diagnóstico y tratamiento y de emergencia.

Los Seguros Privados de Salud son aquellas entidades que captan a los beneficiarios de mayor poder adquisitivo, que pretenden una asistencia más acorde a sus expectativas (mejor calidad en los servicios e infraestructura). En la actualidad se calculan en más de 300. Es muy heterogéneo porque incorpora mutuales (consideradas entidades sin fines de lucro), seguros de medicina pre-paga y una multiplicidad de instituciones sanitarias prestadoras que para su subsistencia desarrollan planes de aseguramiento privado. Cubre a dos grupos: los que acceden a través del pago directo de la prima (aportantes directos aproximadamente 1,8 millones de personas, es decir el 4,4%) y los corporativos a través de empresas o convenios con Obras Sociales Nacionales (2 millones de personas de afiliación corporativa, es decir 5% aprox.) Con otros grupos menores alcanzan a representar la cobertura del 10% de la población que es la que se asiste por este sistema

#### **4.4 – Marco legal**

Nuestro país ha tenido un desarrollo normativo y legal en la temática de discapacidad que permite contar con un marco jurídico que orienta y sostiene las prácticas especialmente en el sector de salud, principal financiador.

#### **4.4.1. Ley 24901- “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”,**

Nuestro país, 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 24.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”, el Decreto 762/97, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto 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 y, ni pensar, por las empresas de medicina prepaga, 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 produjo, 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.

Son objetivos generales del sistema la universalidad, la cobertura integral, la calidad y el uso eficiente de los recursos. La estructura operativa del sistema está formada por:

- a) Directorio del Sistema Único.
- b) Registro Nacional de Personas con Discapacidad.
- c) Registro Nacional de Prestadores de Servicios.
- c) Nomenclador de Prestaciones Básicas.
- e) Programa de atención a personas discapacitadas carenciadas de todo el país.

El directorio del Sistema Único está integrado por representantes de varias instituciones, entre ellos la Comisión Nacional Asesora, la Secretaría de Desarrollo Social, la Administración de Programas Especiales (APE), la Superintendencia de el Servicios de Salud (SSSALUD) el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (SNR), el Consejo Federal de Salud, el

Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y dos representantes de instituciones sin fines de lucro destinadas a la atención de las personas con discapacidad. Este directorio se constituyó el 3 de noviembre de 1998 y su objetivo es la

administración del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas Discapacitadas.

#### **4.4.2 .Ley 26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

En el mes de Diciembre de 2006 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó, como ya se ha dicho, el proyecto de Informe Final del

Comité Especial encargado de preparar una Convención Internacional amplia e integral para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, que se convertiría en la primera Convención Internacional integral sobre discapacidad y derechos humanos.

Lo primero que surge de la lectura de la Convención es que la misma está definida como un tratado de Derechos Humanos y en general tiene la característica integral de éstos e incorpora también derechos ya reconocidos en otros tratados internacionales a las personas en general.

La CIDPCD es extensa, tiene 50 artículos, y encontramos en ella derechos ya reconocidos en otros instrumentos internacionales y derechos reconocidos específicamente con respecto de las personas con discapacidad.

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se tomarán los artículos que tienen una mayor pertinencia, si bien todos son importantes y en definitiva están interrelacionados.

En el **artículo 1**, la Convención adelanta sus objetivos de esta forma: *“El propósito de la presente Convención 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”*:

En la segunda parte del artículo 1 define el concepto de personas con discapacidad: *“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”*.

La Convención define a estos ajustes razonables en el **artículo 2**:

*“Por «ajustes razonables» se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”*.

Lo interesante de esta Convención es que incorpora este último concepto de “Denegación de ajustes razonables” como una forma de discriminación que entendemos puede aplicarse a:

1) La obligación de adecuar la legislación vigente a la situación de este colectivo en cada Estado firmante, incluso la de la propia Convención,

siempre en el marco determinado de la progresividad de los Derechos Humanos;

2) La obligación del Poder Judicial (en la estructura jurídica de nuestro país) y del Estado de interpretar la normativa vigente en función de dichos ajustes razonables de la legislación a la situación de este colectivo protegido (Art. 75 inciso 23 de la C.N.)<sup>12</sup>

### **C.-Principios generales de la Convención:**

La Convención menciona en el artículo 3 los principios en que se funda:

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

2) La no discriminación;

3) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

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

5) La igualdad de oportunidades;

6) La accesibilidad;

7) La igualdad entre el hombre y la mujer; y 8) El respeto a la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Más 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 aun 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 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 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).

### **Derecho a la Salud de las personas con discapacidad:**

La CIDPCD tiene dos artículos sobre los temas que nos interesan: la Salud y la rehabilitación.

#### ***Artículo 25. Salud***

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas

pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a.-. Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b.-. Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las personas mayores;

c. Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d. Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización con respecto a los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e. Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f. Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad

Del artículo 25 de la CIDPCD surgen varios derechos reconocidos que deben ser garantizados por los Estados, que pueden resumirse en:

1) Programas y atención de la salud gratuitos a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas sin discapacidad, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población. El artículo refiere en forma positiva a que el Estado debe “proporcionarlos”, no solo garantizarlos es decir, debe asegurar el acceso y el goce concreto del derecho.

2) Deben además, proporcionar *“los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención”* (exige una actitud de prevención, no solo de asistencialismo) y *“servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores<sup>36</sup>”* (este artículo incorpora no solo a los dos colectivos protegidos especialmente-mujeres y niños-sino que respecto a la salud, exige que esta protección se extienda a “las personas mayores”).

Ello implica una toma de posición (hoy muy resistida por el sistema de salud y por la comunidad en general) de equiparar la situación de los ancianos con la de algunas PCD y en el caso de personas con discapacidad ancianas, incorpora un reconocimiento de que los avances de la medicina hacen que las mismas vivan cada vez mas y con mejor calidad de vida. En el marco del neoliberalismo imperante hoy en día es muy común relacionar las bondades de la juventud (con el ensalzamiento de los cuerpos perfectos) con la población económicamente activa como concepto positivo, y relegar a los ancianos en función de su consideración como personas no productivas socialmente<sup>1</sup>

3) Derecho a que esos servicios les sean proporcionados lo más cerca posible de su domicilio, incluso en las zonas rurales: Es decir, que exige que los Estados controlen la distribución de los prestadores en el país a fin de evitar barreras de accesibilidad a los servicios por razones de domicilio o distancia a los mismos o simplemente por inexistencia de servicios adecuados. Argentina no tiene un adecuado control de la habilitación de los prestadores en las provincias en función de las necesidades locales previamente relevadas ni lo ha tenido históricamente. Los prestadores de discapacidad se instalan en las provincias en forma desorganizada con prioridad de áreas urbanas y de mayor poder adquisitivo (la mayoría están en C.A.B.A, provincia de Buenos Aires,

Santa Fé y Córdoba) por sobre las rurales. Este deber de adecuada distribución según las necesidades la CIDPCD lo impone a los Estados.

---

<sup>1</sup> ver en este sentido una muy interesante nota del Sociólogo Eduardo Joly<sup>37</sup>

4) La Convención exige que las personas con discapacidad reciban la misma calidad de servicios que las personas en general poniendo a cargo de los profesionales de la salud el control de ello, exigiendo consentimiento informado, es decir, considerando que las PCD pueden y deben ser consultados para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sobre su salud y autorizar y conocer los tratamientos médicos que reciban. Esto implica que la Convención invita a escuchar y a participar a las PCD sobre las decisiones que afectan su propio cuerpo y su salud (artículo 12) y cuando ello no es posible, a complementar y acompañar, no a suplantar, su voluntad

#### **Artículo 26. Habilitación y rehabilitación**

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:
  - a. Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

- b. Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

La habilitación y rehabilitación (normadas en el artículo 26 citado) son los primeros pasos decisivos para que las PCD puedan vivir en forma independiente (artículo 19), tener movilidad en la sociedad (artículo 20) y desarrollar todas sus posibilidades. Por este procedimiento las PCD adquieren y desarrollan aptitudes que les permitirán trabajar y obtener ingresos, tomar decisiones acertadas, contribuir a la sociedad y ejercer todos los demás derechos que se mencionan en la Convención.

La “Habilitación” supone adquirir conocimientos que permitan a la persona funcionar en la sociedad. Este tipo de programas suele aplicarse a los niños con discapacidad congénita, para que adquieran estas habilidades. “Rehabilitación” supone restablecer la capacidad y aptitud que se tenía, pero se ha perdido, por ejemplo, en el caso de los accidentes mencionados como ejemplo. Por lo general, se aplica a un adulto que

tenga que readaptarse a la sociedad después de haber adquirido una discapacidad.

La habilitación y la rehabilitación suelen ser procesos con un límite de tiempo que se adaptan a una determinada persona y suponen la fijación de objetivos que han de alcanzarse con el apoyo coordinado de profesionales y la posible participación de miembros de la familia y amigos íntimos. La habilitación y rehabilitación pueden incluir apoyo médico, psicológico, social y técnico. Sin esas ayudas, las personas con discapacidad no podrán seguramente convertir en realidad sus derechos a la accesibilidad, la educación y el trabajo.

La primera parte del artículo comentado aborda los objetivos que deberá tener la habilitación y rehabilitación de las PCD: *“Que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”*. Este objetivo específico se enmarca en el objetivo general del artículo 19 de la CIDPCD enunciado como derecho a vivir en forma independiente y ser incluido en la comunidad: *“Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:*

a) *Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de*

*condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;*

*b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;*

*c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades”.*

La CIDPCD exige a los estados partes la intensificación y ampliación de servicios y programas particularmente en cuatro áreas específicas: salud, empleo, educación y servicios sociales, sometiéndolas a dos reglas:

a) Que comiencen en la mas temprana edad posible, previa evaluación multidisciplinar (no solo médica) de las necesidades y capacidades de la persona y

b) Que apoyen la participación y la inclusión en la comunidad de la persona (la Convención concretamente se aparta de la institucionalización, apuntando a la máxima autonomía posible) y que esos programas sean voluntarios (no impuestos a las personas) y lo mas cercano posible a su propia comunidad. Notemos que la CIDPCD no

refiere a la cercanía del domicilio únicamente, sino que apunta a la necesidad que estos programas de habilitación y rehabilitación, no signifiquen para las personas un alejamiento de su vida en comunidad, es decir, un aislamiento o internación que lo produzca.

Por último, establece que los Estados partes deben promover la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad a los fines de la habilitación y rehabilitación. Esta exigencia específica también deriva del principio general del artículo 4, inciso f), g) y sobre todo el h) 46 y el artículo 9 (referido a accesibilidad) en su inciso g) y h).

#### **4.4.3 Ley de medicina prepaga**

Se creó el R.N.E.M.P. (Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga) para dar cumplimiento a la Ley N° 26.682 y el Decreto N° 1993/11 PEN, que establece un marco normativo aplicable a las Entidades de Medicina Privada, delegando en la Superintendencia de Servicios de Salud la facultad de contralor de los mismos, a fin de que los sujetos comprendidos en dicha ley, soliciten su inscripción y autorización para poder funcionar.

#### **4.5 Calidad en los Servicios**

El concepto de calidad de vida se utiliza cada vez más en el campo de la discapacidad como marco para el desarrollo de servicios y la evaluación de resultados personales.

Mejora de la calidad se refiere a la capacidad de una organización para mejorar su funcionamiento y transparencia mediante la recogida sistemática y el análisis de datos e información, y para implementar estrategias de acción (de ahora en adelante nos referiremos a ello como estrategias de mejora de la calidad). El objetivo de la mejora de la calidad es mejorar los resultados personales y la transparencia del programa. Las estrategias de mejora de la calidad descritas dependen en gran medida de los principios subyacentes a una organización de aprendizaje (Senge, 2006). Una organización de aprendizaje eficaz es aquella que tiene una *cultura* o sistema de valores (tales como calidad de vida) que apoya el aprendizaje, y tiene una *estructura* que permite la integración de nueva información para facilitar el cambio. Concretando más, una *cultura* de aprendizaje de la organización se caracteriza por la innovación, la

confianza en la investigación, y el establecimiento de objetivos; su *estructura* se caracteriza por la colaboración, la planificación y la difusión (Isaacs, 1999; Lick, 2006; Orthner et al., 2006; Spector y Davidson, 2006).

Los proveedores de servicios deben asumir la responsabilidad de recoger y analizar datos, y que exista un compromiso común entre el personal de la organización para asegurarse de que los resultados personales están claramente definidos y articulados, que todos los implicados desarrollen un método estandarizado para su evaluación, y pongan en marcha el plan convenido de divulgación y uso (Keith y Bonham, 2005; Schalock et al., 2007).

Los criterios para seleccionar resultados personales concretos son aquellos que una vez seleccionados: reflejan lo que las personas quieren en sus vidas, se relacionan con normas y principios actuales y futuros, los proveedores de servicios tienen algún control sobre ellos, y se pueden utilizar con el objetivo de informar sobre la calidad y mejorarla.

El concepto de calidad de vida aplicado a programas prácticos

#### Principios de Aplicación

Son cuatro los principios que guían la aplicación del modelo conceptual de calidad de vida en los servicios y apoyos proporcionados a las personas con discapacidad. Estos son que la calidad de vida: (a) es multidimensional y tiene los mismos componentes para todas las personas; (b) está influenciada por factores personales y ambientales; (c) se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia; y (d) su aplicación debe basarse en la evidencia (Brown et al., 2004; Schalock et al., 2007).

De los principios de implementación del concepto de calidad de vida comentados surgen lógicamente cuatro prácticas profesionales en los programas. Estas prácticas pueden ser descritas como:

- (a) un acercamiento multidimensional y holístico;
- (b) un enfoque comunitario, que es el contexto para una vida de calidad;
- (c) el uso de buenas prácticas que incluye estrategias basadas empíricamente que reducen la discrepancia (o desajuste) entre las personas y sus ambientes a través del entrenamiento en habilidades funcionales, el uso de tecnología asistiva, el acceso a apoyos naturales y la adaptación ambiental.
- (d) el uso de apoyos individualizados y su ajuste o asociación con los indicadores centrales de calidad de vida (Schalock et al., 2007).

No basta con conocer e implementar el modelo conceptual de calidad de vida propuesto como base para la mejora de la calidad. Además, es necesario conseguir que las personas implicadas se comprometan con tres tipos de transición:

- (a) el *movimiento de la incertidumbre al interés*, que requiere una visión, esperanza y respuestas posibles a cómo mejorar los resultados personales;
- (b) el *movimiento del interés al compromiso*, que requiere un marco conceptual de calidad de vida, apoyo institucional anticipado y la implicación personal en el proceso de cambio;

(c) el *movimiento del compromiso a la acción*, que requiere el conocimiento de estrategias concretas, creer en el valor del cambio y desarrollar un sentido de control personal sobre los efectos del cambio.

La mejora de la calidad implica el cambio y renovación en la planificación, la implementación y la evaluación de programas. Guiar y controlar este proceso requiere entender los cambios que están ocurriendo dentro de los programas de educación y habilitación para personas con discapacidad, así como las estrategias de dirección y gestión requeridas para adaptarse con éxito a los desafíos y oportunidades que provocan estos cambios. Tres cambios importantes a entender son: (a) la estructura organizativa se está volviendo cada vez menos burocrática y asociada en alguna medida con la expectativa que la gestión conducirá a que los empleados de nivel más bajo gestionen mediante equipos de aprendizaje; (b) los procesos organizacionales están utilizando cada vez más la planificación centrada en la persona, sistemas de información y datos internos, amplia distribución de datos de su actuación, y formación directiva ofrecida a todos los niveles de la organización; y (c) la cultura de la organización está teniendo cada vez una orientación más externa, capacitadora, decisiva, centrada en la comunidad, transparente y más tolerante al riesgo (Kotter, 1996; Schalock et al., 2007).

Estos cambios requieren transformar el modo en que las organizaciones: comunican una visión común; implican a todos los interesados; animan y apoyan el dominio personal; se centran en los niveles de sistemas (micro, meso, y macro) que afectan a los individuos, las organizaciones y los sistemas; promueven un contexto comunitario para una vida de calidad; y miden resultados personales y utilizan esa información para múltiples

objetivos, incluyendo la mejora de la calidad (de Walle et al., 2005; Gardner y Carran, 2005; Schalock et al., 2007; Schalock et al., en prensa).

Durante las tres últimas décadas se han producido cambios significativos en el sistema de prestación de servicios en discapacidad.

Estos cambios han requerido que las organizaciones de educación y rehabilitación redefinan sus papeles y funciones en la siguiente dirección: desarrollando cooperación con otros en la comunidad; avanzando en una mentalidad de investigación y evaluación, no en una mentalidad de supervisión burocrática; desarrollando y utilizando sistemas de datos internos que proporcionen información para las prácticas basadas en la evidencia y la mejora de la calidad; usando estrategias que se centren en la reducción de la discrepancia entre los resultados personales de los usuarios del servicio y los indicadores de calidad de vida de la comunidad; y la vinculación de los apoyos evaluados con la provisión de apoyos individualizados.

### ***Estrategias de mejora de la calidad Resultados esperados***

- ✓ Conseguir que las personas implicadas se comprometan
- ✓ Compromiso con el modelo conceptual de calidad de vida
- ✓ Desarrollar modelos mentales Comprensión de los modelos mentales inhibitorios y el potencial de los modelos mentales orientados a la calidad de vida

- ✓ Apoyar el cambio y la transformación Inculcar el aprendizaje de la cultura y estructura organizacional
- ✓ Organizar seminarios de análisis de datos Comprensión del significado y potencial de los datos
- ✓ Crear equipos de aprendizaje Aumentar la sinergia, efectividad y eficacia
- ✓ Inculcar un pensamiento “de derecha a izquierda”
- ✓ Centrarse en resultados personales y en lo necesario para conseguirlos
- ✓ Fomentar la redefinición de las organizaciones
- ✓ Las organizaciones redefinen sus roles y funciones hacia la auto evaluación y se convierten en puentes hacia la comunidad
- ✓ Orientarse a la predicción de resultados Destinar fuentes a maximizar el impacto y el resultado
- ✓ Establecer estándares Establecer criterios para mejorar el rendimiento
- ✓ Evaluar el progreso y proporcionar feedback Reforzar los esfuerzos y el cambio, mostrar la relación entre las acciones y procesos y los

resultados, proporcionar un instrumento para evaluar el rendimiento de la organización y para ponerse nuevos estándares

El concepto de calidad de vida surgió por primera vez en la literatura sobre discapacidad intelectual en los años 80 como una *noción sensibilizadora* sobre lo que es importante en la vida de las personas y como un *constructo social* que guía la política y la práctica. Posteriormente, se ha convertido en un marco para el desarrollo de servicios y la evaluación personal de resultados personales relacionados con la calidad de vida. Debido a nuestro mejor entendimiento de la estructura del concepto y de su medida, hemos evolucionado desde la visión de la calidad de vida como un concepto hacia calidad de vida como un constructo medible que puede proporcionar información a todas las personas implicadas en la provisión de servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual y para otros colectivos con necesidades de apoyo similares.

Es necesario pensar y planificar transformaciones e innovaciones significativas en las prácticas profesionales y en la dinámica de funcionamiento de las organizaciones, servicios, programas y apoyos. Pero, hasta ahora esa preocupación ha estado fuera del debate, tanto en las administraciones implicadas como en las organizaciones representativas de la discapacidad. Parece que solo interesa el cuánto se aporta, a quiénes y a cuántos, quién lo aporta, cuándo lo hace, y bajo que condiciones. Sin embargo, hemos de recordar, que sin buenas y mejores prácticas la mejora de la atención y de la calidad de vida de las personas difícilmente aumentará. Y precisamente esa mejora de la calidad de vida, en la cual coincidimos investigadores, personas con discapacidad y familiares, profesionales, gestores y políticos, es lo que se pretende con las propuestas hechas en este artículo.

## **5- Metodología:**

Se realizará un estudio descriptivo, teniendo como unidad de análisis la oferta prestacional en relación con las características de la población que cuenta con el Certificado de discapacidad atendida a través de un Plan Médico del Hospital de Comunidad durante 2012/2013.

En una primera instancia el tipo de estudio permitirá explicitar cuál es la oferta prestacional y describir las características de las personas con discapacidad que son atendidas dentro del plan médico.

Se utilizarán como instrumentos de recolección de datos, estadísticas internas y planilla de datos que luego serán analizadas y sistematizadas. El tipo de fuentes utilizado será secundario y como estrategia de explotación de datos se utilizará una matriz de datos, que permitirá el entrecruzamiento de la información.

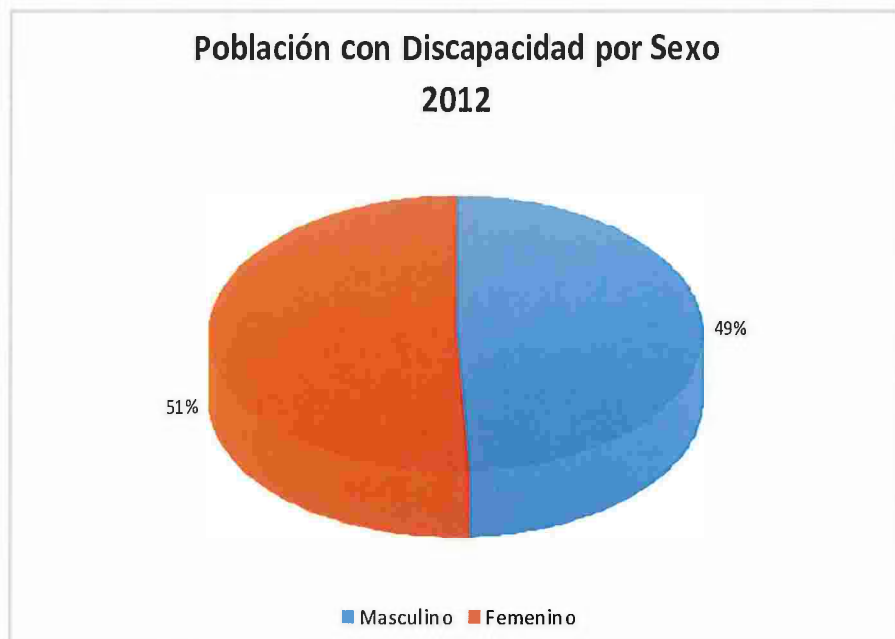
## **6. Desarrollo**

Dentro de esta empresa de medicina prepaga, se empieza a trabajar con las Personas con discapacidad con una modalidad de atención personalizada a través de la Atención en un Sistema denominado de Programas Especiales, a través del cual se empieza a tener una visión integral de la atención, considerando no solo a las personas que cuentan con el Certificado Único de Discapacidad sino también a aquellas personas que, si bien no cuentan con un CUD, se las empieza a atender integralmente según sus necesidades manifiestas como si hubieran certificado la Discapacidad.

Por lo tanto, para el presente trabajo la Población de análisis es la perteneciente a este sistema. La presentación de los datos se realizará teniendo en cuenta cada uno de los años relevados.

6.1 Población con Discapacidad según sexo 2012-2013  
Año 2012

Sexo	Cantidad	%
Masculino	176	49%
Femenino	181	51%
Total	357	100%

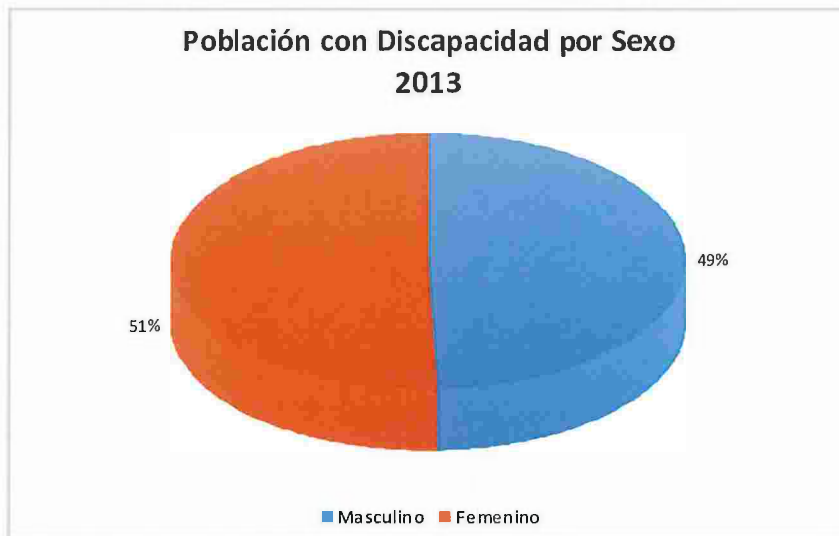


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico en el año 2012 el mayor porcentaje de la población con discapacidad analizada pertenece al sexo femenino con un 51 %.

Año 2013

Sexo	Cantidad	%
Masculino	237	49%
Femenino	243	51%
	480	100%

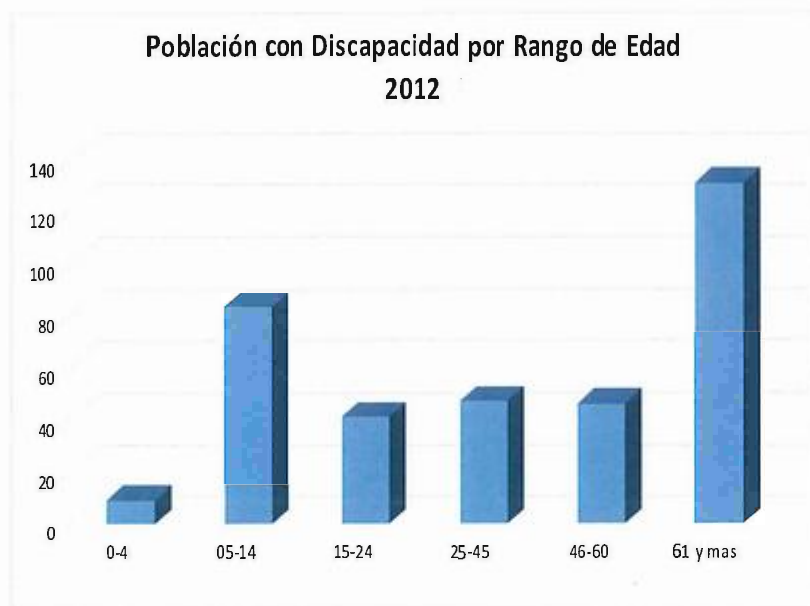


Fuente: Elaboración propia

En el año 2013 se mantiene la tendencia, observándose que de un año a otro no ha habido cambios en relación con el sexo. Este porcentaje mantenido muestra una ligera prevalencia en el sexo femenino, que ya hemos mencionado. Pero es de observar que de un año a otro las cantidades se han incrementado. Sin embargo, sería motivo de estudio el ampliar la muestra y observar si la diferencia se mantiene o aumenta y en qué sexo.

6.2 Población con Discapacidad según edad 2012-2013  
 Año 2012

Edad	Cantidad	%
0-4	9	2,50%
05-14	83	23,30%
15-24	41	11,50%
25-45	47	13,10%
46-60	46	12,90%
61 y mas	131	36,70%
	357	100,00%



Fuente: Elaboración propia

En el año 2012 la mayoría de las personas con discapacidad se encuentran en el rango etario de 61 años y más, con un 36,7 %, siguiendo en importancia el rango de 5 a 14 años con un 23,3%.

Año 2013

Edad	Cantidad	%
0-4	18	4%
05-14	96	20%
15-24	50	10%
25-45	69	14%
46-60	57	12%
61 y mas	190	40%
	480	100%



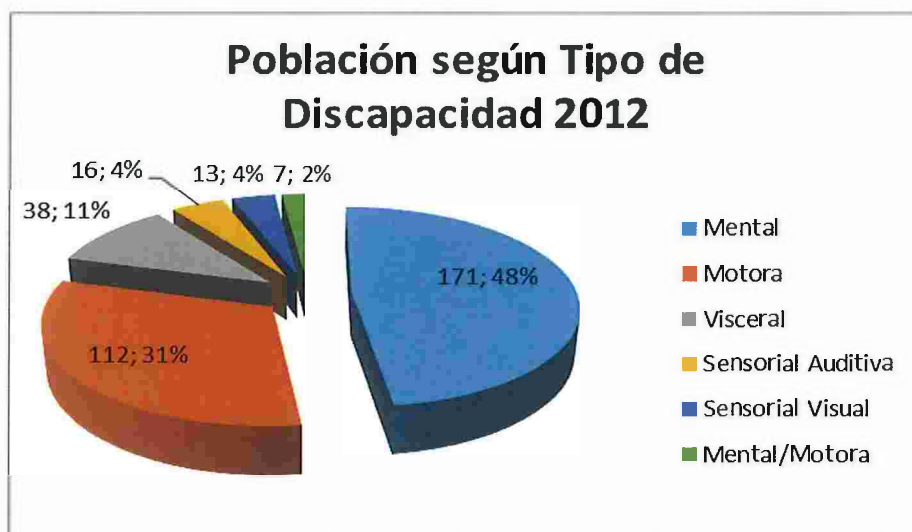
Fuente: elaboración propia

Con respecto a la edad vemos en ambos años que los rangos de edad en que se registra mayor porcentaje de discapacidad son de 61 y más años y de 5 a 14 años en ambos periodos. Se puede observar que además hay un aumento notable en el rango de 0-4, en el que se duplica la cantidad en el año 2013, una ligera disminución en el rango de 05-14 años y un leve aumento en el rango de 61 y más en lo que va del año 2012 a 2013. Los rangos restantes mantienen la proporción o bien muestran una leve diferencia, por lo que deberían ser sometidos a estudio en cuanto a la significación de la misma. Tenemos claro que este estudio nos dará una aproximación relevante para definir las prestaciones.

### 6.3 Población según Tipo de Discapacidad 2012-213

Año 2012

Tipo	Cantidad	%
Mental	171	47,90%
Motora	112	31,40%
Visceral	38	10,60%
Sensorial Auditiva	16	4,50%
Sensorial Visual	13	3,60%
Mental/Motora	7	2%
	357	100,00%

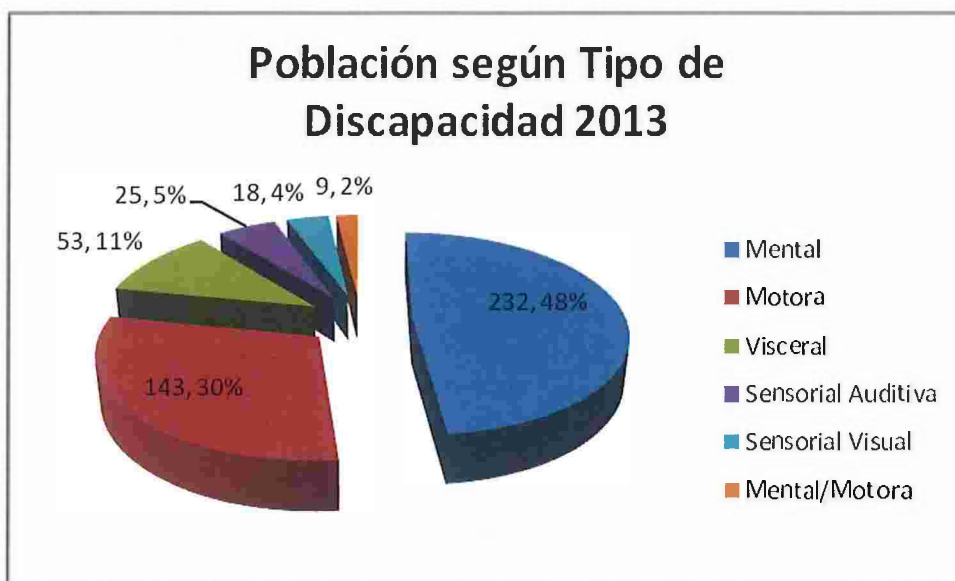


Fuente: Elaboración propia

En este periodo analizado el tipo de discapacidad mental cuenta con el mayor porcentaje, 47,9%, siguiéndole en importancia el tipo de discapacidad motora con un 31,4%.

Año 2013

Tipo de discapacidad	Cantidad	%
Mental	232	48%
Motora	143	30%
Visceral	53	11%
Sensorial Auditiva	25	5%
Sensorial Visual	18	4%
Mental/Motora	9	2%
	480	100%



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las discapacidades mental y motora el porcentaje se mantiene con pequeños cambios en ambos periodos de tiempo, ocupando los dos primeros lugares de la escala.

#### 6.4 Tipo de prestaciones

Año 2012

Rango

Prestaciones de Rehabilitación	150	42%
Prestaciones Educativas	70	19%
Medicación	38	11%
Prestaciones Asistenciales	36	10%
Prestaciones Terapéuticas Educativas	27	8%
Implementos	27	8%
Sin consumo	9	2%
Total	357	100%



Fuente : Elaboración propia

En el año 2012 prevalecen de manera significativa las prestaciones de rehabilitación con un 42 %, y le siguen las prestaciones educativas con un 19 %.

Año 2013

Prestaciones de Rehabilitación	200	42%
Prestaciones Educativas	90	19%
Prestaciones Asistenciales	60	12%
Medicación	58	12%
Implementos	36	7%
Prestaciones Terapéuticas Educativas	27	6%
Sin consumo	9	2%
Total	480	100%



Fuente: elaboración Propia

Se observa en este período también que la mayor parte de servicios prestados corresponden a rehabilitación y prestaciones educativas, pero, por ejemplo, ofreciendo la prestación a edades tempranas pareciera no haber estimulación temprana, que representa una prestación imprescindible en la primera infancia

El mayor porcentaje de prestaciones corresponde a aquellas de rehabilitación. De todos modos, la variación de un año a otro es muy leve y para definir su significación habría que extender el plazo y aumentar el número de unidades de análisis.

6.5 Prestadores contratados en relación con la demanda de prestaciones de la población con discapacidad.

Año 2012

Tipo de Institución	2012	%
Atención Ambulatoria	2	13 %
Centro de Día	1	6 %
Centro Educativo Terapéutico	1	7 %
Centros de Apoyo a la Integración Escolar	2	13 %
Centros de Rehabilitación	4	27 %
Educación Especial	3	20 %
Formación Laboral	1	7 %
Hogar Permanente	0	0%
Hospital de día	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Año 2013

Tipo de Institución	2013	%
Atención Ambulatoria	2	7%
Centro de Día	2	7%
Centro Educativo Terapéutico	2	7%
Centros de Apoyo a la Integración Escolar	4	14%
Centros de Rehabilitación	7	25%
Educación Especial	4	15%
Formación Laboral	2	7%
Hogar Permanente	2	7%
Hospital de día	3	11%
Total	27	100%



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las instituciones externas contratadas según la demanda, se percibe un incremento que puede ser significativo. El mayor número

corresponde a los servicios de rehabilitación, pero no se contempla la estimulación temprana. Es de destacar también en relación a la prestación de Hogar permanente en el año 2012 no había contratado ese tipo de prestación, incorporándose en 2013 dos instituciones reflejando un 7%. Reiteramos que para obtener datos más precisos hay que aumentar el número de unidades de análisis y extender el plazo de estudio a fin de poder establecer comparaciones y determinar la suficiencia de las prestaciones.

## **7. Conclusiones**

Luego del análisis desarrollado en los ítems anteriores, se pretende en este apartado; inferir acerca de la población de Personas con Discapacidad asociadas a la empresa de medicina prepaga que aumentó desde el año 2012 al año 2013.

Según la variable sexo, son más las mujeres que presentan mayor prevalencia que los hombres, lo cual concuerda con datos a nivel mundial.<sup>2</sup>

Con respecto a la edad de la población analizada, la mayoría en ambos períodos se encuentra en el rango de 61 años y más, siguiendo en importancia los niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 14 años.<sup>3</sup>

El tipo de discapacidad que cuenta con un mayor porcentaje es la mental en ambos años analizados, siguiendo en importancia la discapacidad motora.<sup>4</sup>

Se destaca que el 2,5 % de la población que se encuentra en el rango de edad de 0 a 4 años no cuenta con servicios de estimulación temprana externo contratados, por lo cual será de vital importancia trabajar en este aspecto.

Se encuentra una importante prevalencia de personas de 61 años y más; en relación a la oferta prestacional vigente en el sistema de prestaciones, se destaca que en el año 2012 no se contaba con hogares dentro de la

---

<sup>2</sup> Ver págs. 47 y 48 del presente trabajo

<sup>3</sup> Ver págs. 49 y 50 del presente trabajo

<sup>4</sup> Ver págs. 51 y 52 del presente trabajo

cobertura contratada; en 2013 si bien se incorpora este servicio, la respuesta continúa siendo inadecuada en relación con la cantidad de población analizada en ese rango etario.

Para el resto de la población que se encuentra en etapas evolutivas posteriores las prestaciones contratadas por el Plan de salud de la empresa de medicina pre-paga han aumentado de un año a otro pero se evidencia que las mismas no son suficientes para cubrir las necesidades de toda la población con Discapacidad

Es necesario que los servicios que cubran las necesidades de asistencia integral, en especial para los adultos mayores se adapten a los nuevos escenarios. Estas necesidades deberán ser cubiertas siguiendo los criterios de calidad de servicios, pero para poder lograr esto es necesario un trabajo en conjunto con todos los actores involucrados.

Para poder mejorar la calidad del servicio se debe continuar con la sistematización y el análisis de datos e información, e implementar estrategias de acción que permitan mejorar los resultados de los servicios para poder responder a cada una de las necesidades que presentan los diferentes grupo etarios, en relación también al tipo de discapacidad.

Es necesario pensar y planificar transformaciones e innovaciones significativas en las prácticas profesionales y en la dinámica de funcionamiento de las organizaciones, tanto en las que brindan servicios como en las que financian prestaciones.

La mejora de la calidad implica el cambio y renovación en la planificación, la implementación y la evaluación de programas. Guiar y controlar ese proceso requiere entender los cambios que están ocurriendo dentro de los programas para personas con discapacidad, así como las estrategias de dirección y gestión requeridas para adaptarse con éxito a los desafíos y oportunidades que provocan estos cambios.

## **Bibliografía**

\*Palacios, Agustina, (2008) "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad", CERMI-Ediciones CINCA, 1era edición,

\*OMS, (2001) "*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*", IMSERSO, OMS y OPS, Madrid.

\*UNESCO, "*Informe final de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso*

\*Ley 26378 *Convención Internacional de las Personas con Discapacidad y protocolo facultativo (ONU, 13 de diciembre de 2006)*

\*Ley 24901 "*Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad*". Decreto 1193/98. Nomenclador de Prestaciones Básicas Resolución 498/99

\*Ley 26682. *Marco Regulatorio de Medicina Prepaga, sancionada el 4 de mayo de 2011 y promulgada el 16 de mayo de 2011. Decreto Reglamentarios 1993/2011*

\*Ley 25504. *Modificación de la Ley 22431. Estableces que el Ministerios de Salud de la Nación expedirá el Certificado Único de Discapacidad. Promulgada el 14.01.2001 y sancionada 12.12.2001.*

\*OMS, OPS "*Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud*", 2001

\*Taddei, Mongiardino y Naccarato *Manual de la Seguridad Social*, Buenos Aires, 2007 (Cap. 1 al 3) (Cap 1 y 3 disponibles en el Campus Virtual de la Universidad Isalud y el Cap. 2 en el Centro de Copiado de la Univ. Isalud)

\*Robert I. Schalock y Verdugo, Miguel Angel "El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para Personas con discapacidad intelectual" (the concept of quality of life in services and supports for Persons with Intellectual Disabilities] Hastings College, EEUU y Universidad de Salamanca (2007).