

**ANÁLISIS DE LOS INCUMPLIMIENTOS LEGALES EN LA ATENCIÓN  
MÉDICA y OTRAS PRESTACIONES HACIA LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD BAJO EL AMPARO DE LAS LEYES 24.901, 24.314, 22.431 y  
19.279<sup>1</sup>**

*Od. Christian Oscar Mosca<sup>2</sup>*

[\(moscach@yahoo.com\)](mailto:moscach@yahoo.com)

*Prof. Dr. Ricardo Adrian Parra<sup>3</sup>*

*Lic. Patricia Verónica Ingénito<sup>4</sup>*

*Prof. Dr. Eduardo Rey<sup>5</sup>*

**Fecha de Recepción: 3 de Febrero de 2020**

**Fecha de Aceptación: 7 de Febrero de 2020**

---

<sup>1</sup> Artículo revisado y aceptado para su publicación el día 7 de Febrero de 2020.

<sup>2</sup> Doctorando en Salud Pública. Odontólogo graduado por la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Docente de la Especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. Director del Curso de Cirugía y Traumatología BMF. Hospital Interzonal General de Agudos. Gral Perón. Avellaneda. Docente Asesor Colaborador del Hospital Interzonal General de Agudos, Pte Perón, Avellaneda.

<sup>3</sup> Abogado graduado por la Universidad de Buenos Aires. Doctor en Derecho Privado. Diplomado en Derechos del Consumidor y Diplomado en Responsabilidad Médica. Profesor Adjunto de la asignatura Contratos Civiles y Comerciales, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Profesor Adjunto de Deontología Kinésica, Universidad Nacional de La Matanza. Docente Libre de la asignatura Kinesiología Ocupacional y Laboral, Universidad de Buenos Aires. Profesor de la Maestría en Contratos y Derecho de Daños, Universidad del Salvador. Miembro del Instituto de Derecho de Daños del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal (C.P.A.C.F.). Investigador Adscripto del Instituto de Investigaciones Jurídicas Ambrosio L. Gioja, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

<sup>4</sup> Licenciada en Ciencias de la Educación, Universidad de Buenos Aires.

<sup>5</sup> Presidente de la Academia Nacional de Odontología de la República Argentina. Director de la Carrera de Especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.

## Resumen

La presente publicación científica tiene como objetivo principal analizar el cumplimiento de la ley 24901, 24314, 22431 y 19279 por parte de los establecimientos de salud públicos, obras sociales, Empresas de Medicina prepaga y el Estado Nacional.

*Materiales y Métodos:* Se realizaron 409 encuestas para las PCD con CUD vigente, abordando los distintos artículos de la ley 24901, 24314, 22431 y 19279.

*Resultados:* queda demostrado con los resultados vertidos la falta de accesibilidad a los servicios de salud; los inconvenientes legales con respecto a los reclamos judiciales, (amparos y Demandas) para poder obtener la atención; la falta de conocimiento de algunos derechos; las prestaciones que se brindan a las PCD en forma gratuita y no gratuita incumpliendo con las disposiciones de la ley nacional.

*Discusión:* a lo largo de la misma, se comparan estudios realizados en España, y Colombia, entre otros países.

*Conclusión:* La falta de conocimiento de sus derechos de las PCD, hace que muchas veces queden en desamparo respecto de su salud, poniendo en riesgo la propia vida. En la Argentina, existe un claro incumplimiento de las leyes 24.901, 24.314, 22.431 y 19.279 por parte de los establecimientos públicos, obras sociales y prepagas.

**Palabras Claves:** Discapacidad, Salud pública, Atención Médica, CUD, Ley 24901; Ley 24.314; Ley 22.431; Ley 19.279

## Abstract

The main objective of this scientific publication is to analyze compliance with Law 24901, 24314, 22431 and 19279 by public health establishments, social works, Prepaid Medicine Companies and the National State.

*Materials and Methods:* 409 surveys were conducted for PCDs with current CUD, addressing the different articles of Law 24901, 24314, 22431 and 19279.

*Results:* the lack of accessibility to health services is shown with the results; the legal inconveniences with respect to the judicial claims, (amparos and Demands) to be able to obtain the attention; lack of knowledge of some rights; the benefits provided to PCDs free of charge and not free of charge in breach of the provisions of national law.

*Discussion:* throughout it, studies conducted in Spain, and Colombia, among other countries are compared.

*Conclusion:* The lack of knowledge of your rights of the PCD, makes that many times they are in helplessness regarding their health, putting their own life at risk. In Argentina, there is a clear breach of laws 24,901, 24,314, 22,431 and 19,279 by public establishments, social works and prepaid.

**Keywords:** Disability, Public health, Medical Care, CUD, Law 24901; Law 24,314; Law 22,431 and Law 19,279

## **Resumo**

A presente publicação científica tem como objetivo principal analisar o cumprimento da lei 24901, 24314, 22431 e 19279 pelos estabelecimentos de saúde pública, obras sociais, Empresas de Medicina Pré-paga e pelo Estado Nacional.

*Materiais e Métodos:* foram realizadas 409 pesquisas para PCDs com CUD atual, abordando os diferentes artigos das Leis 24901, 24314, 22431 e 19279.

*Resultados:* a falta de acessibilidade aos serviços de saúde é demonstrada com os resultados; os inconvenientes legais em relação às ações judiciais (amparos e demandas) para poder obter a atenção; falta de conhecimento de alguns direitos; Os benefícios fornecidos gratuitamente aos PCD e não gratuitamente, em violação do disposto na legislação nacional.

*Discussão:* ao longo dele são comparados estudos realizados na Espanha, Colômbia e outros países.

*Conclusão:* A falta de conhecimento dos seus direitos ao PCD faz com que muitas vezes eles estejam desamparados em relação à sua saúde, colocando em risco a própria vida. Na Argentina, há uma clara violação das leis 24.901, 24.314, 22.431 e 19.279 por estabelecimentos públicos, obras sociais e pré-pagos.

**Palavras-chave:** Deficiência Saúde pública, Assistência Médica, CUD, Lei 24901; Lei 24.314; Lei 22.431; Lei 19.279

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en el año 2001 la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) definiendo a la Discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (World Health Organization, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2011).

En el último anuario estadístico nacional del año 2017 (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), 2017), realizado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), se verifica que la cantidad de Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) emitidos fue de 1.205.018 a diferencia del año 2009 con 8.759 CUD otorgados. Pero se calcula que el porcentaje de Personas con Discapacidad (PCD) es mucho mayor (HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina, s/f; Medina, 2018).

Una vez que la persona obtiene el CUD, legalmente se encuentra protegido en un marco legal nacional e internacional. Este marco legal en la República Argentina es una política de Estado y comprende el “Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad”, emanado de la constitución Nacional Art. 75° inc. 23 donde el constituyente propone a los Gobiernos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provinciales y a las Municipalidades, la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a las leyes 22.431, 24.314, 24.901, 25.635 y 25.689, entre otras.

Como se expresara en párrafos precedentes, luego de que a la persona le determinan la discapacidad, la ley es quien la asiste, ya que se encuentra protegida por una serie de derechos regulados en esas normas, entre los cuales se encuentra el acceso a la salud y al tratamiento integral de la persona. Hablamos en éste caso de las leyes 24.901 (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad), sancionada por el Congreso de La Nación Argentina el 05 de noviembre de 1997 y promulgada de hecho el 02 de diciembre de 1997 y la ley 26.378 (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas) (Naciones Unidas, Publicada en el Boletín Oficial: 09 de Junio de 2008).

El acceso a la salud es un derecho universal. El Estado Argentino tiene la responsabilidad constitucional de asegurar dicho acceso a todos los habitantes en condiciones de equidad; garantizando que la población, independientemente de sus ingresos, pueda acceder a servicios de salud de buena calidad (Maceira & Cicconi, 2003; Van der Kooy, y otros, 2015).

El sistema de salud argentino es amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de participantes y con una marcada separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. La cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el Sector Público (Nacional, Provincial y Municipal), el sector de Obras Sociales, y el Sector Privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión como en términos de financiamiento.

Los derechos de las personas con discapacidad son prioritarios en la agenda internacional, como lo demuestra la Convención de la ONU sobre los derechos colectivos, realizada en 2006. La Argentina y todo el Cono Sur de América, junto a otros países de todos los continentes, han firmado y ratificado esa Convención y su Protocolo. Y esto obliga a perseguir medidas capaces de beneficiar a las personas involucradas, mediante la modificación de las leyes y la eliminación de la discriminación histórica que han sufrido.

Según el último comunicado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en noviembre del 2017, las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo. Según las estadísticas internacionales, el 10% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad. Esas personas presentan peores resultados sanitarios, obtienen resultados académicos inferiores, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017; Naciones Unidas, 2012; García K. S., 2013 ).

Esta publicación tiene como objetivo evaluar la accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud, comparar estos resultados con los países que

engloban el convenio mundial de discapacidad y evaluar la importancia de la atención integral de las personas con discapacidad.

## **Materiales y métodos**

Para la presente investigación fundamentalmente se protegieron los derechos de las personas con discapacidad, bajo términos concretos de un Consentimiento Informado, otorgado en forma libre, claro, preciso y conforme a la comprensión de los sujetos participantes, respetando los principios éticos basados en normas Nacionales e Internacionales tales como los descriptos en la Declaración de Helsinki y las prescripciones de los arts. 58, 59 siguientes y concordantes del Código Civil y Comercial de La Nación.

Se utilizó la metodología explicada en la publicación “Estudio sobre el estado de cobertura odontológica garantizada por la ley 24.901 a favor de personas con discapacidad certificada en la república argentina”(Mosca, Ingénito, & Rey, 2019). En esta publicación se analizaron los puntos de prestaciones médicas, farmacológicas, y judiciales.

El trabajo se realizó utilizando un proceso descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, probabilístico, de sujetos voluntarios que detalla las condiciones de salud médica de las personas con discapacidad certificada en el país, además de poseer un carácter exploratorio de las distintas características de este grupo estudiado, para lograr evaluar aquellos aspectos que inciden en su condición y mostrar así las acciones que se podrían tomar para generarles mejor bienestar.

Se realizaron encuestas para personas con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente en cualquiera de sus versiones. El mismo fue revisado por expertos en diferentes ramas de la Odontología, Medicina, Traumatología y Discapacidad.

Para poder llevar esta validación se digitalizó la encuesta utilizando el sistema de formularios de Google Docs (García Cordova, 2002; Castañeda & Luque, 2004; Grasso, 2006; Valls, 2007; Pastor, 2009; Lozano Rodríguez, Valdes Lozano, Sánchez Aradillas, & Esparza Duque, 2011; Alarco & Álvarez, 2012; Abundis Espinosa, 2016). A la par, se confeccionó una página de Facebook (atención odontológica y

discapacidad, @odontologiadiscapacidad) y a través del enlace se copió en los diferentes foros del país para que las personas con CUD o certificado de discapacidad vigente en cualquiera de sus versiones.

Para demostrar que las respuestas a la encuesta son verosímiles y absolutamente certeras, en el cuestionario se solicita al entrevistado ingresar un mail de contacto, y se valida la situación, comunicándose a ese e-mail, así como también por otros sistemas, tales como chat por alguna de las redes sociales usualmente utilizadas o por teléfono. Todo dato de personas que no se las puede contactar, son eliminados del sistema y de la estadística. Aquellas personas que por su condición de salud no pudieron llenar el formulario por sus propios medios, se las ha contactado para su realización en forma telefónica (García Cordova, 2002; Castañeda & Luque, 2004; Grasso, 2006; Valls, 2007; Pastor, 2009; Lozano Rodríguez, Valdes Lozano, Sánchez Aradillas, & Esparza Duque, 2011; Alarco & Álvarez, 2012; Abundis Espinosa, 2016).

Este proyecto analizó un total de 409 encuestas validadas.

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico InfoStat 2018 (Di Rienzo, y otros, 2018).

En las confecciones de tablas y figuras se utilizó el programa Excel 2018. Se realizaron cálculos de FA (Frecuencia Absoluta); FR (Frecuencia Relativa); EE (Error Estándar); LS (Límite Superior); LI (Límite Inferior); Prueba de Bondad de Ajuste;  $\chi^2$  de Pearson; cálculo de p.

Para el análisis de las condiciones de salud se utilizó en su división el último anuario estadístico de la SNR (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), 2017).

Para poder analizar estadísticamente las preguntas del cuestionario para las PCD sobre las medicaciones que son administradas por su condición de salud y por otras condiciones, se utilizó la última Clasificación de la OMS sobre medicamentos (Organización Mundial de la Salud (OMS), Nov 2017), actualizada en el 2017 con la incorporación dentro de la clasificación de algunos medicamentos (OMS, 2017). Para el mismo se realizó una tabla en Excel con los distintos grupos poniendo 0 (cero) si no toma medicamentos de ese grupo y 1 (uno) si toma 1 o más medicamentos de ese grupo. Para poder resumir la clasificación se consideró la primera división sin sus subtipos:

1. **Anestésicos:** Generales y oxígeno; Locales; Medicación preoperatoria y sedación para procedimientos breves
2. **Analgésicos; Antipiréticos, Antiinflamatorios No Esteroideos, Atigotosos y Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad:** incluye los opiáceos.
3. **Antialérgicos y Medicamentos Utilizados en la Anafilaxia:** se incluye los corticoides.
4. **Antídotos y otras sustancias utilizadas en intoxicaciones:** Inespecíficos; Específicos
5. **Anticonvulsivos/Antiepilépticos**
6. **Antiinfecciosos:** Antihelmínticos; Antibacterianos; Antifúngicos; Antivíricos; Antiprotozoarios;
7. **Antimigrañosos:** para el tratamiento del ataque agudo; para profilaxis
8. **Antineoplásicos, Inmunodepresores y medicamentos utilizados en los cuidados paliativos:** Inmunodepresores; Citotóxicos; Hormonas y antihormonas; Medicamentos usados en los cuidados paliativos
9. **Antiparkinsonianos**
10. **Medicamentos que afectan a la sangre:** Antianémicos; medicamentos que afectan a la coagulación;
11. **Productos Sanguíneos y sucedáneos del plasma:** Sucédáneos del plasma; Fracciones plasmáticas para usos específicos;
12. **Medicamentos Cardiovasculares:** Antianginosos; Antiarrítmicos; Antihipertensores; Medicamentos utilizados en la insuficiencia cardíaca; Antitrombóticos; Hipolipidemiantes;
13. **Medicamentos dermatológicos (tópicos):** Antifúngicos; Antiinfecciosos; Antiinflamatorios y antipruriginosos; Astringentes; Medicamentos que afectan a la diferenciación y proliferación cutáneas; Escabicidas y pediculicidas;
14. **Agentes de Diagnóstico:** Medicamentos oftálmicos; Medios de contraste radiológico;
15. **Desinfectantes y Antisépticos**
16. **Diuréticos**

- 17. Medicamentos Gastrointestinales:** Antiácidos y otros antiulcerosos; Antieméticos; Antiinflamatorios; Laxantes; Medicamentos utilizados en la diarrea;
- 18. Hormonas, otros medicamentos endocrinos y anticonceptivos:** Hormonas suprarrenales y sucedáneas sintéticas; Andrógenos; Anticonceptivos; Estrógenos; Insulinas y otros antidiabéticos; Inductores de la ovulación; Progestágenos; Hormonas tiroideas y antitiroideos; Bisfosfonatos.
- 19. Productos Inmunológicos:** Agentes de diagnóstico; Sueros e inmunoglobulinas; Vacunas;
- 20. Miorrelajantes (de acción periférica) e inhibidores de la colinesterasa**
- 21. Preparados Oftalmológicos:** Antiinfecciosos; Antiinflamatorios; Anestésicos locales; Mióticos y antiglaucomatosos; Midriáticos;
- 22. Oxitócicos y Antioxitócicos**
- 23. Solución de diálisis peritoneal**
- 24. Medicamentos psicoterapéuticos:** Medicamentos utilizados en los trastornos psicóticos; Medicamentos utilizados en los trastornos del humor; Medicamentos utilizados en la ansiedad generalizada y los trastornos del sueño; Medicamentos utilizados en los trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico; Medicamentos utilizados en los programas de tratamiento de la dependencia de sustancia;
- 25. Medicamentos que actúan en las vías respiratorias:** Antiasmáticos y medicamentos utilizados en la neumopatía obstructiva crónica; Otros medicamentos que actúan en las vías respiratorias;
- 26. Soluciones correctoras de los trastornos hidroeléctricos y del equilibrio ácido básico:** Orales; Parenterales; Diversos
- 27. Vitaminas y minerales**

En las situaciones en donde una medicación puede estar en dos grupos como es el caso de los corticoides (**3. Antialérgicos y Medicamentos Utilizados en la Anafilaxia** u **8. Antineoplásicos, Inmunodepresores y medicamentos utilizados en**

**los cuidados paliativos)** se considera la condición de salud por lo cual es requerida esa medicación.

Para el análisis de las preguntas abiertas hacia las PCD, se utilizó el programa Atlas Ti 8 para Windows versión 8.3.20.0. En ninguna de las preguntas abiertas se ha modificado palabras que la propia PCD ha escrito, a excepción de la palabra **ninguno/a, o errores de ortografía**. Se tomaron palabras claves en las frases de cada pregunta teniendo en cuenta que se le estaba preguntando a la PCD, de esta forma el programa Atlas Ti puede contabilizar las palabras sin alterar la estadística.

## Resultados

Como se ha detallado en la publicación anterior (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019) y solo a modo informativo el análisis de las encuestas detalló una población que el 68% son de sexo femenino (n=278) y 32 % del sexo masculino (n=131) con una edad media de 32,6 años (Mediana=33; DE=21; Min=1; Max=83; Q1=12; Q3=51). El país de nacimiento Argentina (n=395; 96,6%); Chile (n=4; 1%); Paraguay (n=3; 0,7%); Uruguay, Perú y Colombia (n=2; 0,5% respectivamente); y España (n=1; 0,2%) con un valor de Chi<sup>2</sup> de Pearson de 2262,00; gl 6; p<0.0001, en que la distribución no es uniforme, y hay diferencias entre las categorías.

De las 409 encuestas realizadas se obtuvieron 105 condiciones de salud principales relacionadas con el diagnóstico médico de la discapacidad, siendo el mayor porcentaje (teniendo en cuenta el IC95) Esclerosis Múltiple 10,1% (IC95: 7,4% a 12,8%); TEA (Trastorno de Espectro Autista) 9,2% (IC95: 6,6% a 11,8%); Psiquiatría 7,1% (IC95: 4,8% a 9,4%); Artritis Reumatoide 6,3% (IC95: 4,1% a 8,5%); Anormalidad de la Marcha 5,2% (IC95: 3,2% a 7,2%); TGD (Trastorno Generalizado de Desarrollo) 4,8% (IC95: 2,9% a 6,7%).

Pero a su vez las PCD pueden tener sobreagregadas otras condiciones médicas que no estén relacionadas con el certificado. De las 409 encuestas 204 (42,1%; IC95: 37,7% a 46,5%) no presentan ningún diagnóstico médico sobreagregado, y el porcentaje restante se obtuvieron 90 condiciones de salud. El mayor porcentaje es el

Hipotiroidismo 4,5% (IC95: 2,7% a 6,4%); Hipertensión 3,7% (IC95: 2,0% a 5,4%); Epilepsia 3,7% (IC95: 2,0% a 5,4%); Diabetes 3,3% (IC95: 1,7% a 4,9%); Fibromialgia 2,3% (IC95: 0,9% a 3,6%); Psiquiatría 1,9% (IC95: 0,7% a 3,1%); Retraso Madurativo 1,9% (IC95: 0,7% a 3,1%); Artrosis 1,6% (IC95: 0,5% a 2,8%).

En la tabla 1 se describe aquellos medicamentos que toma por su condición de salud de discapacidad. El mayor porcentaje es la medicación psicoterapéutica con el 18,9% (IC95: 15,7% a 22,1%); Anticonvulsivos/Antiepilépticos 14,2% (IC95: 11,4% a 17,1%); Analgésicos, Antipiréticos, AINES, Atigotosos y Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad 13,5% (IC95:10,7% a 16,3%).

Clasificación de la OMS sobre medicamentos	FA	Porcentaje	IC 95
Anestésicos	0	0,0	0,0 a 0,0
Analgésicos; Antipiréticos; AINES; Atigotosos y Antirreumáticos Modificadores de la Enf.	78	13,5	10,7 a 16,3
Antialérgicos y Med. Utilizados en la anafilaxis	8	1,4	0,4 a 2,3
Antídotos y otras sust utilizadas en intoxicaciones	0	0,0	0,0 a 0,0
Anticonvulsivos/Antiepilépticos	82	14,2	11,4 a 17,1
Antiinfecciosos	8	1,4	0,4 a 2,3
Antimigrañosos	0	0,0	0,0 a 0,0
Antineoplásicos, inmunodepresores y med. utilizados en los cuidados paliativos	48	8,3	6,1 a 10,6
Antiparkinsonianos	8	1,4	0,4 a 2,3
Medicación que afectan la sangre	19	3,3	1,8 a 4,7
Productos sanguíneos y sucedáneos del plasma	0	0,0	0,0 a 0,0
Medicamentos cardiovasculares	18	3,1	1,7 a 4,5
Med. Dermatológicos	4	0,7	0,0 a 1,4
Agentes de diagnóstico	0	0,0	0,0 a 0,0
Desinfectantes y Antisépticos	1	0,2	0,0 a 0,5
Diuréticos	4	0,7	0,0 a 1,4
Med. Gastrointestinales	45	7,8	5,6 a 10,0
Hormonas, otros med. endocrinos y anticonceptivos	37	6,4	4,4 a 8,4
Productos inmunológicos	47	8,1	5,9 a 10,4
Miorrelajantes e inhibidores de la colinesterasa	4	0,7	0,0 a 1,4
Preparados oftalmológicos	6	1,0	0,2 a 1,9
Oxitóxicos y Antioxitóxicos	0	0,0	0,0 a 0,0
SC de diálisis peritoneal	0	0,0	0,0 a 0,0
Medicación Psicoterapéutica	109	18,9	15,7 a 22,1
Med. que actúan en vías respiratorias	14	2,4	1,2 a 3,7
Sc correctoras del trastorno hidroeléctrico y del equilibrio ácido/base	1	0,2	0,0 a 0,5
Vitaminas y Minerales	36	6,2	4,3 a 8,2
<b>Total</b>	<b>577</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 1: Distribución de medicaciones que la PCD ingiere según su condición de salud

En la tabla 9 se describen aquellos medicamentos que ingiere la PCD debido a condición de salud que no corresponde a su discapacidad. En este caso los mayores porcentajes son las Hormonas, otros medicamentos endocrinos y anticonceptivos 16,9% (IC95: 12,8% a 20,9%); medicamentos gastrointestinales 16,3% (IC95: 12,3% a 20,2%); Medicación psicoterapéutica 14,2% (IC95: 10,4% a 17,9%); Medicación cardiovascular 12,0% (IC95: 8,5% a 15,5%).

Clasificación de la OMS sobre medicamentos	FA	Porcentaje	IC 95
Anestésicos	0	0,0	0,0 a 0,0
Analgésicos; Antipiréticos; AINES; Atigotosos y Antirreumáticos Modificadores de la Enf.	27	8,1	5,2 a 8,1
Antialérgicos y Med. Utilizados en la anafilaxis	11	3,3	1,4 a 5,2
Antídotos y otras sust utilizadas en intoxicaciones	0	0,0	0,0 a 0,0
Anticonvulsivos/Antiepilépticos	22	6,6	4,0 a 9,3
Antiinfecciosos	5	1,5	0,2 a 2,8
Antimigrañosos	0	0,0	0,0 a 0,0
Antineoplásicos, inmunodepresores y med. utilizados en los cuidados paliativos	9	2,7	1,0 a 4,5
Antiparkinsonianos	1	0,3	0,0 a 0,9
Medicación que afectan la sangre	6	1,8	0,4 a 3,2
Productos sanguíneos y sucedáneos del plasma	0	0,0	0,0 a 0,0
Medicamentos cardiovascular	40	12,0	8,5 a 15,5
Med. Dermatológicos	3	0,9	0,0 a 1,9
Agentes de diagnóstico	0	0,0	0,0 a 0,0
Desinfectantes y Antisépticos	0	0,0	0,0 a 0,0
Diuréticos	8	2,4	0,8 a 4,1
Med. Gastrointestinales	54	16,3	12,3 a 20,2
Hormonas, otros med. endocrinos y anticonceptivos	56	16,9	12,8 a 20,9
Productos inmunológicos	2	0,6	0,0 a 1,4
Miorrelajantes e inhibidores de la colinesterasa	0	0,0	0,0 a 0,0
Preparados oftalmológicos	7	2,1	0,6 a 3,7
Oxitócicos y Antioxitócicos	0	0,0	0,0 a 0,0
Sc de diálisis peritoneal	0	0,0	0,0 a 0,0
Medicación Psicoterapéutica	47	14,2	10,4 a 17,9
Med. que actúan en vías respiratorias	13	3,9	1,8 a 6,0
Sc correctoras del trastorno hidroeléctrico y del equilibrio ácido/base	0	0,0	0,0 a 0,0
Vitaminas y Minerales	21	6,3	3,7 a 8,9
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 2: Distribución de medicaciones que la PCD ingiere por otros diagnósticos médicos

Del total de los encuestados solo el 4.4% tiene internación domiciliaria (Prueba de Chi<sup>2</sup> Pearson 340.17; gl 1; p<0.0001, distribución no uniforme con una diferencia entre las categorías significativa), y el 5,1 % se encuentra en electrodependencia no solo para comer y/o respirar sino también en diálisis (Prueba de Chi<sup>2</sup> Pearson 331.11; gl 1;p<0.0001, distribución no uniforme con una diferencia significativa entre las categorías)

En la tabla 3 se puede observar la distribución de la cobertura médica que posee la PCD con un valor de Chi<sup>2</sup> de Pearson de 354,16; gl 7 y p<0,0001 en donde hay diferencias entre las categorías. El 92,4% (n=378) de las personas poseen una cobertura médica, en donde el 41,8% (IC95: 37,0 a 46,6%) posee una obra social en relación de dependencia, ya sea porque la PCD cuenta con un trabajo propio o por estar a cargo de familiares. Le siguen en cobertura Profe/incluir salud con 13,9% (IC95: 10,6% a 17,3%); las medicinas prepagas abonadas por aportes con 10,8% (IC95: 7,8% a 13,8%); las medicinas prepagas abonadas en forma particular 7,8% (IC95: 5,2% a 10,4%) y otras coberturas 11,2% (IC95: 8,2% a 14,3%).

Tipo de cobertura médica	FA	Porcentaje	IC 95
Profe/Incluir salud	57	13,9	10,6 a 17,3
Monotributo social	7	1,7	0,5 a 3,0
Obras sociales de lMonotributo	21	5,1	3,0 a 7,3
Obra social en relación de dependencia (ya sea por trabajo propio o por estar a cargo de familiares)	171	41,8	37,0 a 46,6
Medicina prepaga abonada (aunque sea en parte) por aportes	44	10,8	7,8 a 13,8
Medicina prepaga abonada completamente en forma particular	32	7,8	5,2 a 10,4
Ninguna cobertura	31	7,6	5,0 a 10,1
Otra	46	11,2	8,2 a 14,3
<b>Total</b>	<b>409</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 3: Distribución de la cobertura médica que posee la PCD

En la encuesta llevada a cabo hacia las PCD se evaluó 20 preguntas de los artículos de la ley 24901, 24314, 22431 y 19279, considerando la atención médica especializada y específica; atención interdisciplinaria; provisión de medicamentos y farmacología; provisión de dietoterapia; provisión de artículos de higiene; prestaciones de rehabilitación; provisión de Ortesis y prótesis; adecuaciones en el domicilio; atención psicológica y psiquiátrica; odontología gratuita; pases de transporte; símbolo internacional de acceso; exención del pago de peajes; servicio de transporte diferencial; cuidadores, acompañantes y personal de ayuda; estimulación temprana en la infancia; hogar de día; evaluando si las mismas accedían completamente, parcialmente, no accedían, no conocían ese derecho o no lo necesitaban.

Los resultados de la misma ya dejan en evidencia los incumplimientos legales de la misma, tema que volveremos a retomar con fuertes críticas en la discusión.



Figura 1: Distribución de si la PCD recibe la atención médica especializada.  
Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 222,48; gl 4;  $p < 0.0001$

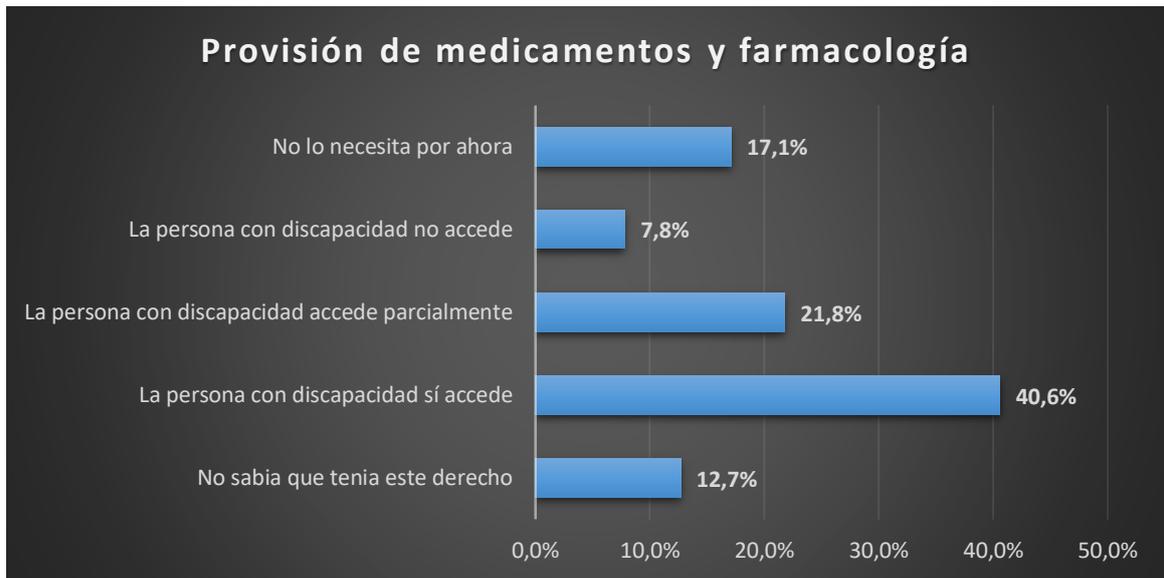
En la figura 1 se puede observar que tan solo el 43,8% (IC95: 39,0% a 48,6%) acceden en forma completa a la atención médica especializada sin límite para la atención del diagnóstico médico de su certificado de discapacidad. El 27,9% (IC95: 23,5% a 32,2%) acceden parcialmente y el 6,1% (IC95: 3,8% a 8,4%) directamente no acceden. Pero también se puede observar que existe un 18,6% (IC95: 14,8% a 22,4%) que no conocen que tenían ese derecho y que tan solo el 3,7% (IC95: 1,8% a 5,5%) no

necesita ser asistido por este derecho. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 222,48; gl 4;  $p < 0,0001$  habiendo diferencias entre las categorías.



*Figura 2: Distribución de si la PCD recibe la atención interdisciplinaria.*  
Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 116,49; gl 4;  $p < 0,0001$

En la figura 2 podemos observar si la PCD recibe atención interdisciplinaria. Tan solo el 37,7% (IC95: 33,0% a 42,3%) acceden completamente a la misma, el 24,4% (IC95: 20,3% a 28,6%) acceden parcialmente, el 12,0% (IC95: 8,8% a 15,1%) no acceden y desconocen que tienen ese derecho el 19,1% (IC95: 15,3% a 22,9%). Tan solo el 6,8% (IC95: 4,4% a 9,3%) no necesita de este derecho. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 116,49; gl 4;  $p < 0,0001$  habiendo diferencias entre las categorías.



*Figura 3: Distribución de si la PCD recibe la provisión de medicamentos y farmacología para su condición de salud*

Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 130,18; gl 4;  $p < 0.0001$

En la figura 3 se puede observar si la PCD accede a la provisión de el/los medicamento/s y farmacología para tratar su condición de salud. Tan solo el 40,6% (IC95: 35,8% a 45,3%) accede en forma completa, el 21,8% (IC95: 17,8% a 25,8%) accede en forma parcial, el 7,8% (IC95: 5,2% a 10,4%) no accede, siendo el 12,7% (IC95: 9,5% a 15,9%) los que desconocen ese derecho y el 17,1% (IC95: 13,5% a 20,8%) no necesitan de este derecho. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 130,18; gl 4;  $p < 0,0001$  habiendo diferencias entre las categorías.

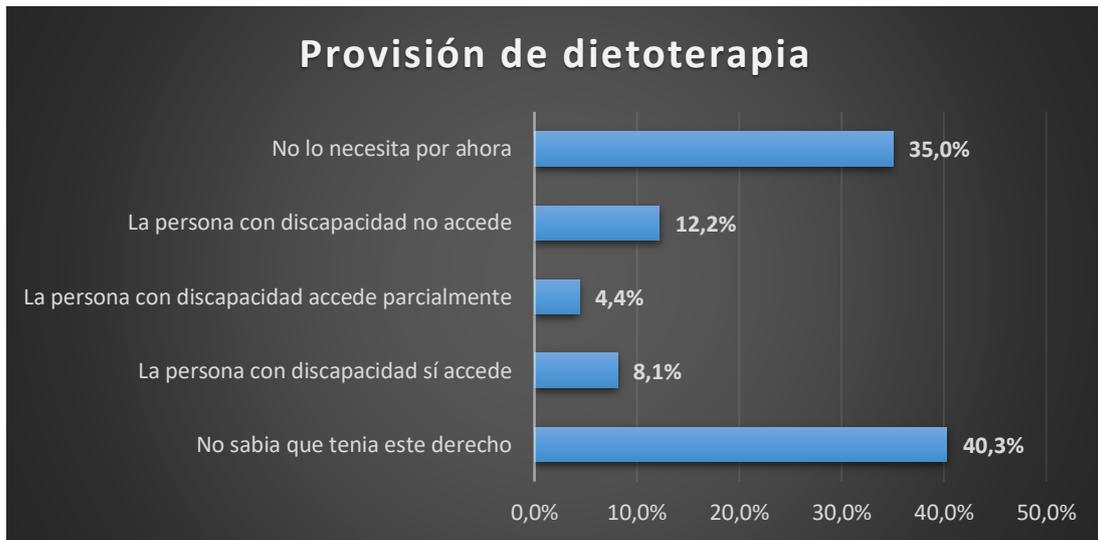


Figura 4: Distribución de si la PCD recibe la provisión de dietoterapia  
Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 221.65; gl 4; p<0.0001

En la figura 4 se puede observar si la PCD accede a la dietoterapia. El 35% (IC95: 30,3% a 39,6%) no necesita de la misma, siendo 8,1% (IC95: 5,4% a 10,7%) los que acceden completamente, el 4,4% (IC95: 2,4% a 6,4%) los que acceden parcialmente, el 12,2% (IC95: 9,1% a 15,4%) los que no acceden y el 40,3% (IC95: 35,6% a 45,1%) los que no conocían este derecho. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 221.65; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

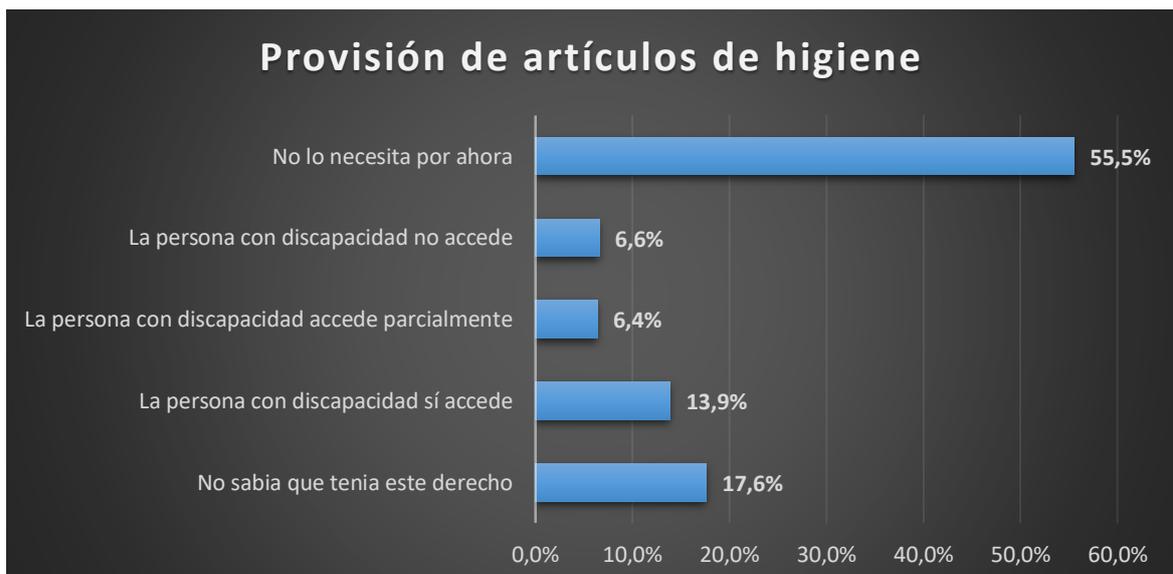


Figura 5: Distribución de la provisión de artículos de higiene.  
Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 341,21; gl 4; p<0.0001

En la figura 5 se puede observar la provisión de los artículos de higiene. El 55,5% (IC95: 50,7% a 60,3%) no necesita de este derecho. El 13,9% (IC95: 10,6% a 17,3%) accede en forma completa, el 6,4% (IC95: 4,0% a 8,7%) accede en forma parcial, el 6,6% (IC95: 4,2% a 9,0%) no accede y el 17,6% (IC95: 13,9% a 21,3%) desconocen que tienen este derecho. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 341,21; gl 4;  $p < 0.0001$  habiendo diferencia entre las categorías.



Figura 6: Distribución del acceso a las prestaciones de rehabilitación.

Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 77,78; gl 4;  $p < 0.0001$

En la figura 6 podemos observar la distribución del acceso de las PCD a las prestaciones de rehabilitación para su condición de salud. El 35,9% (IC95: 31,3% a 40,6%) accede en forma completa, el 20,0% (IC95: 16,2% a 23,9%) accede parcialmente, el 10,0% (IC95: 7,1% a 12,9%) no accede, siendo el 14,9% (IC95: 11,5% a 18,4%) no sabía que tenía este derecho y el 19,1% (IC95: 15,3 a 22,9) no requiere de este derecho por el momento. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 77,78; gl 4;  $p < 0.0001$  habiendo diferencia entre las categorías.

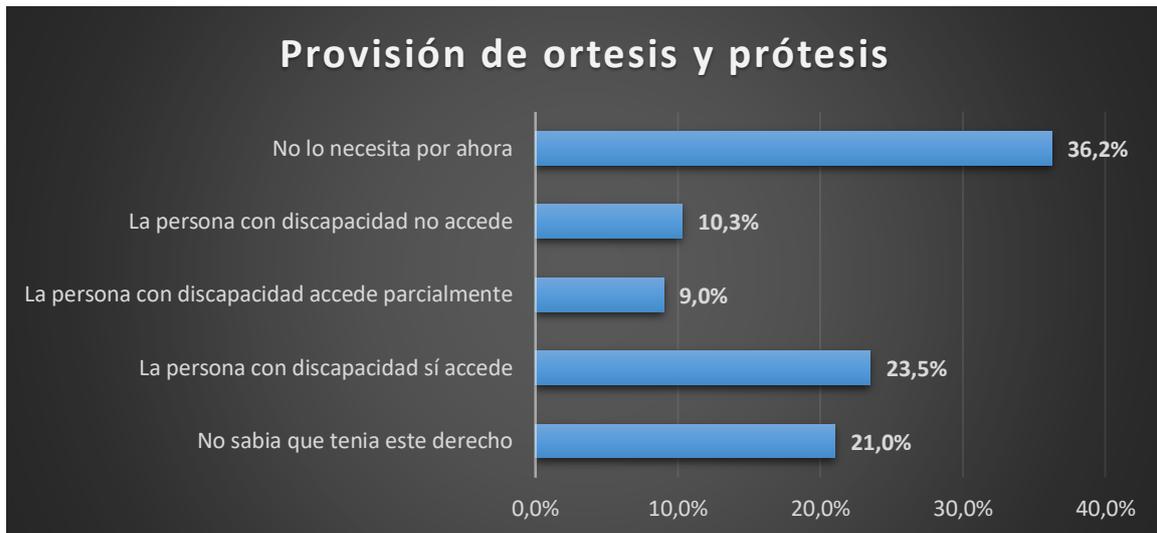


Figura 7: Distribución de la provisión de ortesis y prótesis.

Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 100,16; gl 4;  $p < 0.0001$

En la figura 7 se puede observar la provisión de Ortesis y prótesis, de lo cual el 36,2% (IC95: 31,5% a 40,8%) no requiere de la misma. El 23,5% (IC95: 19,4% a 27,6%) accede a este derecho, el 9,0% (IC95: 6,3% a 11,8%) accede parcialmente, el 10,3% (IC95: 7,3% a 13,2%) no accede y el 21,0% (IC95: 17,1 a 25,0%) desconocían de este derecho. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 100,16; gl 4;  $p < 0.0001$  habiendo diferencia entre las categorías.

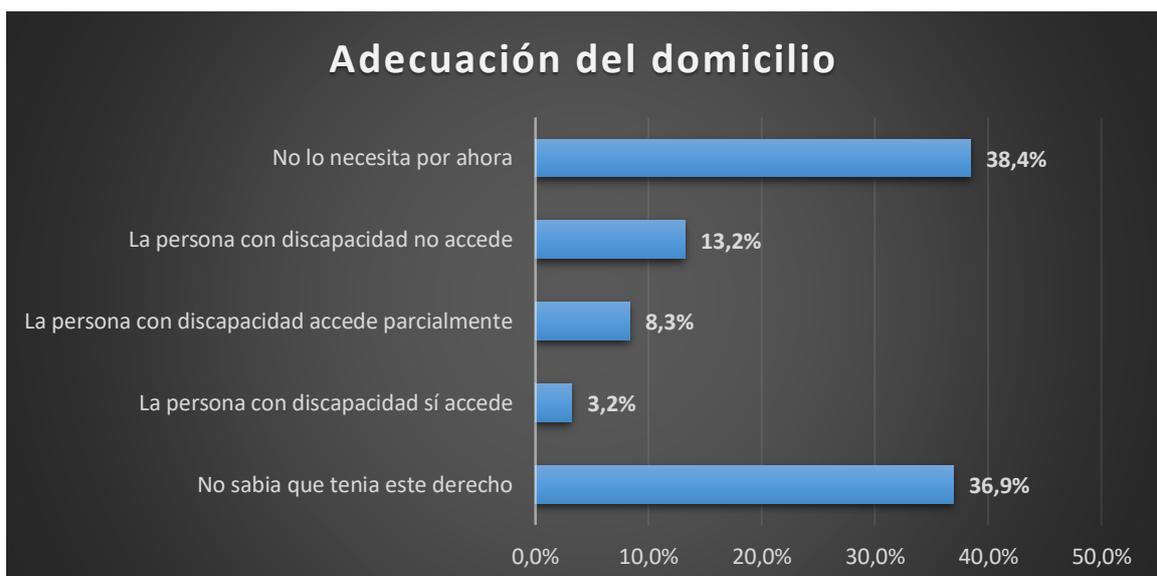


Figura 8: Distribución del acceso a la adecuación del domicilio.

En la figura 8 podemos observar el acceso a la adecuación del domicilio en base a la condición de salud que presente la PCD. El 38,4% (IC95: 33,7% a 43,1%) no necesitan de la adecuación del domicilio, pero tan solo el 3,2% (IC95: 1,5% a 4,9%) accede a este derecho completamente, siendo el 8,3% (IC95: 5,6 a 11,0%) los que acceden parcialmente, el 13,2% (IC95: 9,9% a 16,5%) los que no acceden, 36,9% (IC95: 32,2% a 41,6%) los que desconocen de este derecho. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 222,92; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.



Figura 9: Distribución del acceso a la atención psicológica y psiquiátrica.  
Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 75,88; gl 4; p<0.0001

En la figura 9 podemos observar si la PCD accede al derecho a la atención psicológica y psiquiátrica. El 18,1% (IC95: 14,4% a 21,8%) accede en forma completa, el 14,7% (IC95: 11,2% a 18,1%) accede parcialmente, el 13,4% (IC95: 10,1% a 16,8%) no accede, el 36,9% (IC95: 32,2% a 41,6%) desconocen este derecho y el 16,9% (IC95: 13,2% a 20,5%) no lo necesitan. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 75,88; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

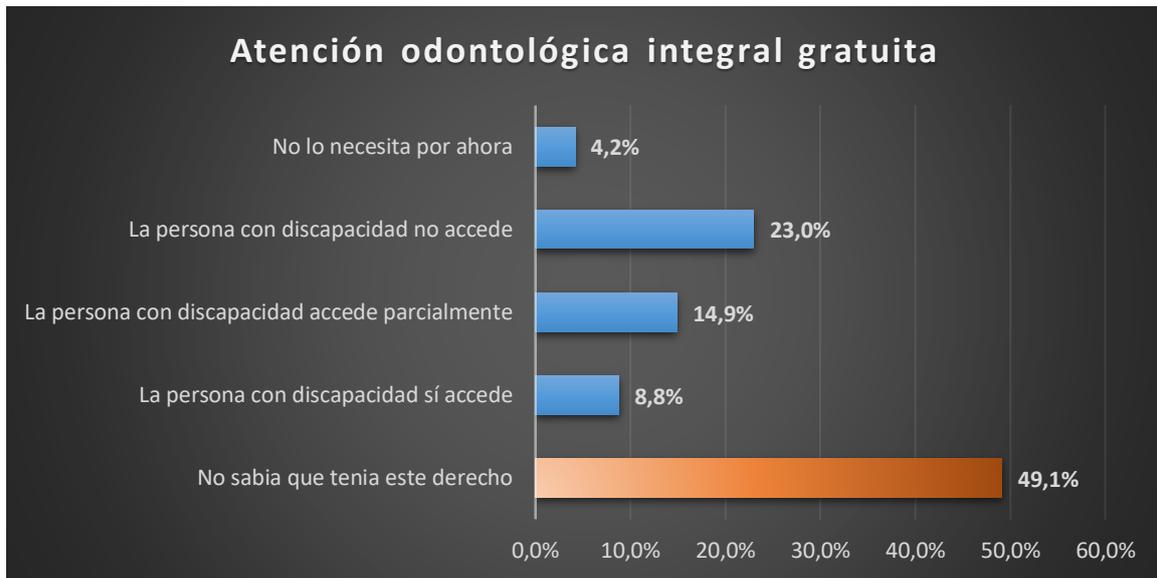


Figura 10: Distribución del acceso a la atención odontológica gratuita (Art. 28 de la ley 24901). Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 257,78; gl 4; p<0.0001

En la figura 10 podemos observar la distribución del acceso a la atención odontológica gratuita a través del artículo 28 de la ley 24901. Se puede observar que el mayor porcentaje 49,1% (IC95: 44,3% a 54,0%) se da en el desconocimiento de este derecho, siendo que el 8,8% (IC95: 6,1% a 11,5%) accede en forma completa, el 14,9% (IC95: 11,5% a 18,4%) accede parcialmente, el 23,0% (IC95: 18,9% a 27,1%) no accede y el 4,2% (IC95: 2,2% a 6,1%) no lo necesita por el momento. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 257,78; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.



Figura 11: Distribución del acceso a los pases para el transporte por tren, colectivo, micros de larga distancia y subte.

Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 537,51; gl 5; p<0.0001

En la figura 11 se puede observar la distribución en base al acceso a los pases para el transporte (tren, colectivo, micros de larga distancia y subte), siendo que el 57,9% (IC95: 53,2% a 62,7%) accede completamente al derecho, el 18,3% (IC95: 14,6% a 22,1%) accede parcialmente, el 4,6% (IC95: 2,6% a 6,7%) no accede pero tiene los pases correspondientes, el 5,9% (IC95: 3,6% a 8,1%) no accede, el 3,4% (IC95: 1,7% a 5,2%) no sabía que tenía este derecho y el 9,8% (IC95: 6,9% a 12,7%) no necesita por el momento hacer uso de este beneficio. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 537,51; gl 5; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

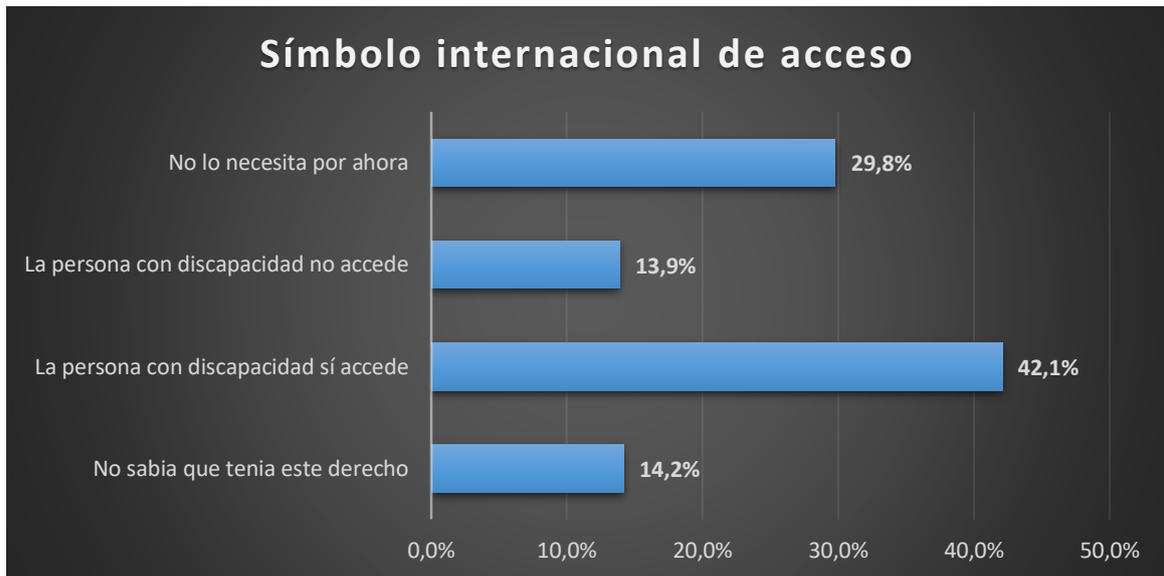


Figura 12: Distribución de la obtención al símbolo internacional de acceso.  
Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 90,57; gl 3;  $p < 0.0001$

En la figura 12 se puede observar la distribución de la obtención del símbolo internacional de acceso que permite la libre circulación y el estacionamiento libre y gratuito (respetando las normas de tránsito y normas municipales o provinciales). El 42,1% (IC95: 37,3% a 46,8%) accede al símbolo, el 13,9% (IC95: 10,6% a 17,3%) no accede, el 14,2% (IC95: 10,8% a 17,6%) no sabía que tenía este derecho y el 29,8% (IC95: 25,4% a 34,3%) no lo necesita por ahora. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 90,57; gl 3;  $p < 0.0001$  habiendo diferencia entre las categorías.



*Figura 13: Distribución de la obtención de la exención al pago de peajes*  
Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 48,81; gl 4; p<0.0001

En la figura 13 se observa la distribución a la obtención de la exención al pago de los peajes tanto de autopistas de CABA, Provincia de Buenos Aires, autopistas de otras provincias, como también las rutas Nacionales o Provinciales afectadas al sistema de pago de peajes. El 23,7% (IC95: 19,6% a 27,8%) accede a este derecho en forma completa, el 10,3% (IC95: 7,3% a 13,2%) accede en forma parcial, el 13,2% (IC95: 9,9% a 16,5%) no accede, el 27,4% (IC95: 23,1% a 31,7%) no sabía que tenía este derecho y el 25,4% (IC95: 21,2% a 29,6%) no lo necesita por el momento. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 48,81; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

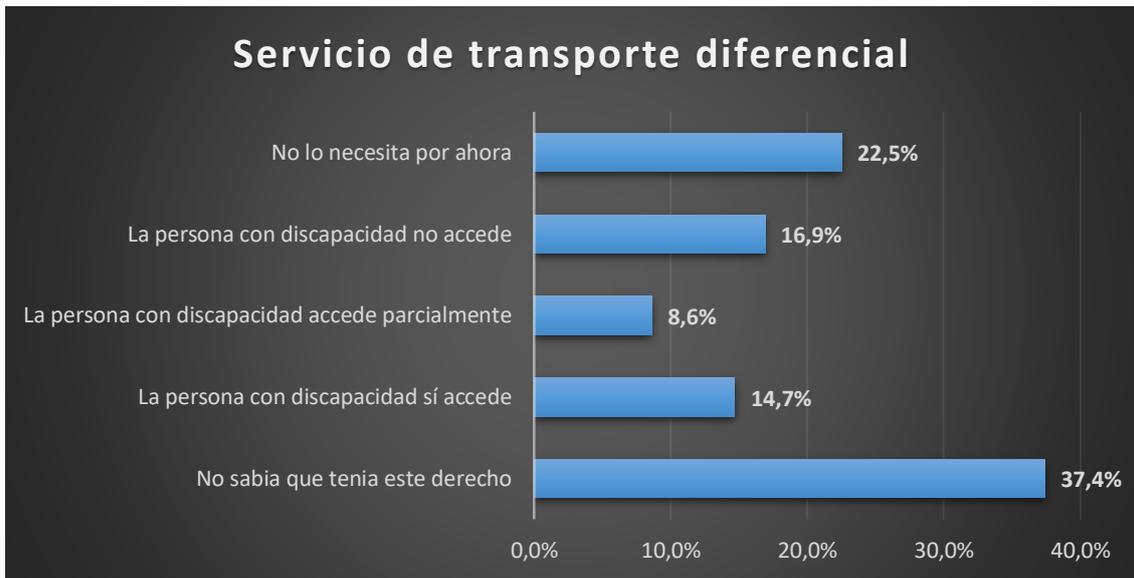


Figura 14: Distribución del acceso al servicio de transporte diferencial (remis, ambulancia, etc.)  
Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 97,83; gl 4; p<0.0001

En la figura 14 se puede observar la distribución del acceso al servicio de transporte diferencial. El 14,7% (IC95: 11,2% a 18,1%) accede completamente; el 8,6% (IC95: 5,8% a 11,3%) accede en forma parcial; el 16,9% (IC95: 13,2% a 20,5%) no accede; el 37,4% (IC95: 32,7% a 42,1%) no sabía que tenían este derecho y el 22,5% (IC95: 18,4% a 26,5%) no necesita de este servicio. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 97,83; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

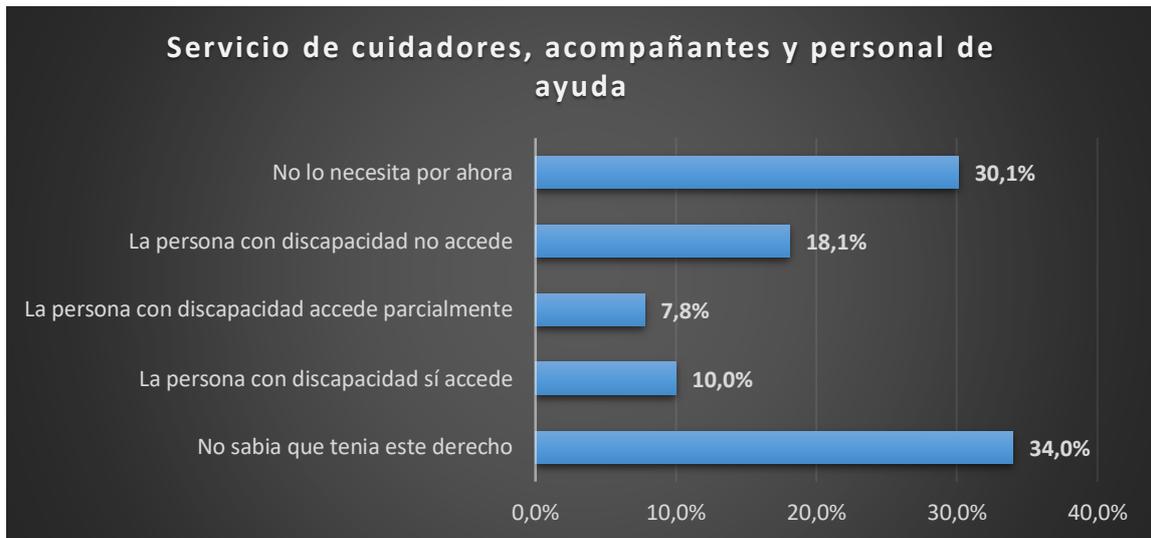


Figura 15: Distribución del acceso al servicio de cuidadores, acompañantes y personal de ayuda  
Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 112,16; gl 4;  $p < 0.0001$

En la figura 15 se puede observar el acceso por ley al derecho de cuidadores, acompañantes y personal de ayuda para la PCD. El 10,0% (IC95: 7,1% a 12,9%) accede completamente; el 7,8% (IC95: 5,2% a 10,4%) accede de forma parcial; 18,1% (IC95: 14,4% a 21,8) no accede; el 34,0% (IC95: 29,4% a 38,6%) no sabía que tenía este derecho y el 30,1% (IC95: 25,6% a 34,5%) no necesita de este derecho por el momento. Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 112,16; gl 4;  $p < 0.0001$  habiendo diferencia entre las categorías.

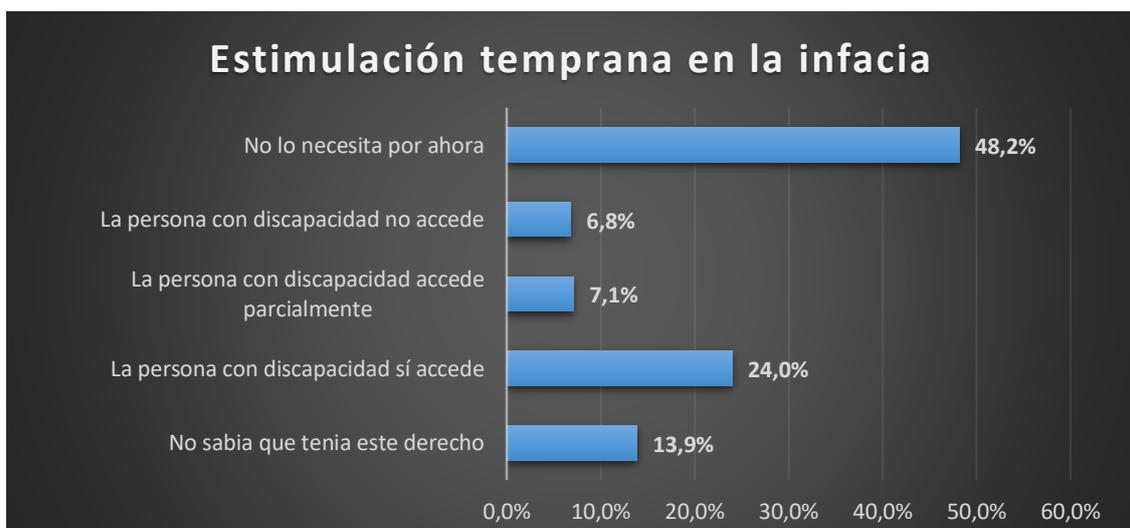


Figura 16: Distribución del acceso a la estimulación temprana en la infancia  
Prueba de  $\chi^2$  de Pearson 242,43; gl 4;  $p < 0.0001$

En la figura 16 se puede observar la distribución al acceso por ley a la estimulación temprana en la infancia. El 48,2% (IC95: 43,3% a 53,0%) no necesita de este derecho. El 24,0% (IC95: 19,8% a 28,1%) accede completamente; el 7,1% (IC95: 4,6% a 9,6%) accede de forma parcial; el 6,8% (IC95: 4,4% a 9,3%) no accede y el 13,9% (IC95: 10,6% a 17,3%) no sabía que tenía este derecho. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 242,43; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

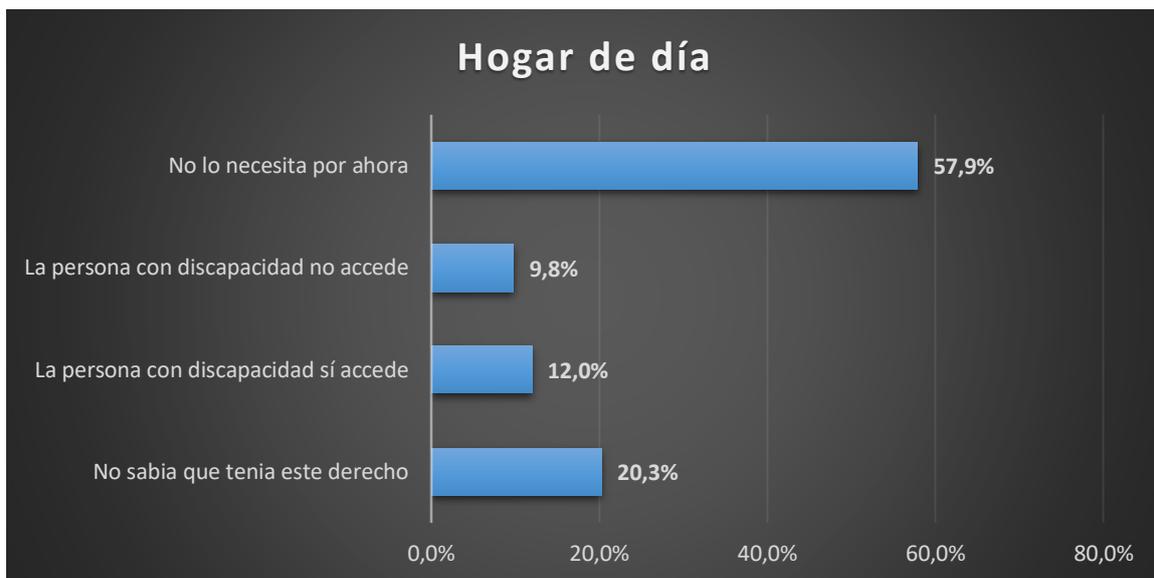


Figura 17: Distribución del acceso a hogar de día  
Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 246,83; gl 3; p<0.0001

En la figura 17 se puede observar la distribución del acceso al derecho de hogar de día. El 57,9% (IC95: 53,2% a 62,7%) no necesita de este derecho. El 12,0% (IC95: 8,8% a 15,1%) accede completamente; el 9,8% (IC95: 6,9% a 12,7%) no accede y el 20,3% (IC95: 16,4% a 24,2%) no sabía que tenía este derecho. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 246,83; gl 3; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías.

En la misma sesión de la encuesta sobre las leyes 24901, 24314, 22431 y 19279 hubo preguntas que se hicieron abiertas dejando expresar a las PCD sobre el afrontamiento de gastos por los incumplimientos de la ley, envíos de cartas documentos, juicios, amparos u otros recursos para poder obtener los beneficios legales, y si los mismos fueron obtenidos o negados. Todas estas preguntas se obtuvieron palabras

claves de la respuesta que brindo la PCD y la misma se analizó a través del programa Atlas Ti8.

medicación odontología  
ninguna transporte  
todos-los-gastos-de-discapacidad psicología  
médicos estudios-médicos pañales insumos-médicos ortopedia  
peajes rehabilitación acompañante-terapéutico neurología oftalmología  
anteojos audífonos coseguros medico acompañante acompañante-terapéuticos  
estacionamiento fonaudiología kinesiología maestra-integradora terapia-ocupacional  
adecuación-domicilio bastón bastón-verde equinoterapia estimulación-temprana  
estudio-genético otorrinolaringólogo terapias terapias-multidisciplinarias  
acompañantes-terapéuticos alimentación-especifica atención-domiciliaria cardiología  
computadora-c/codigo-braille elementos-de-higiene estudios-genéticos fisioterapia ginecología  
hidroterapia insumos-movilización médico musicoterapia neurólogo nutricionista  
pechera-de-soporte plantillas reumatólogo sobornos-para-acelerar-tramites terapeutas  
traumatología

*Figura 18: Análisis en Atlas Ti 8 de la pregunta hacia las PCD “¿Alguna vez tuvo que afrontar de su bolsillo el gasto del no cumplimiento de alguno de estos derechos? ¿Cuáles?”*

Se le preguntó en forma abierta si alguna vez tuvo que afrontar de su bolsillo el gasto del no cumplimiento de alguno de los derechos. En la figura 18 se muestra una gráfica en “máquina de escribir” de mayor a menor frecuencia de los derechos que tuvo que afrontar la PCD de su bolsillo. De las 409 encuestas tan solo 75 PCD indicaron “NINGUNA”, esto deja que 334 personas tuvieron que pagar determinadas prestaciones que por ley son gratuitas. 87 personas encuestadas tuvieron que pagar medicamentos; 86 personas indicaron distintos tratamientos de odontología; 69 transporte; 34 PCD indicaron que tuvieron que enfrentar todos los gastos correspondientes a la discapacidad; 33 psicología; 23 estudios médicos; 14 pañales; 11 rehabilitación, peajes, insumos, médicos y ortopedia; el resto de las prestaciones en el listado presentan un umbral de 10 a 1 PCD.

La pregunta a continuación de la encuesta fue “sí llegó a tener la necesidad de recurrir al envío de carta documento, iniciar una acción de amparo, u obtuvo una sentencia judicial debido a la negativa de acceso a alguna de estas coberturas integrales, cuente cuál/es y si lo consiguió”.

Causas judiciales, amparos, envíos de cartas documentos u otro recurso	Consiguió lo reclamado	No consiguió lo reclamado	En litigio	Total
NO				252
No sabía que tenía este derecho				5
SI	96	28	28	152
<b>Total</b>				<b>409</b>

Tabla 4: Distribución de las PCD que iniciaron causas judiciales, amparos, envíos de cartas documentos u otros recursos legales.

En la tabla 4 se puede observar que de las 409 PCD encuestadas, 252 (61,6%) PCD nunca inicio acciones legales, tales como una acción de amparo, envíos de cartas documentos u otro tipo de remedio legal para hacer frente a reclamos de sus derechos. En cambio 5 PCD (1,2%) de los encuestados no conocían que tenían estos medios a su alcance. Asimismo 152 (37,1%) PCD iniciaron algún reclamo por estas vías, siendo 96 personas encuestadas (63,1%) las que consiguieron lo reclamado; 28 encuestados (18,4%) no consiguieron el reclamo pertinente y 28 encuestados (18,4%) siguen en litigio.

Cuando se le preguntó cuáles eran los reclamos el mismo fue analizado por Atlas Ti8 obteniendo la siguiente grafica en nubes de palabras:





En la tabla 5 se puede observar que de las 409 encuestas realizadas, 96 encuestados (23,5%) le gustaría poder acceder a la atención odontológica gratuita; 89 encuestados (21,7%) le gustaría acceder a todos los derechos que tiene la PCD sin ningún tipo de barreras; 44 encuestados (10,7%) quisiera poder acceder al transporte sin limitaciones; 41 encuestados (10,0%) solicitan medicaciones específicas para su condición de salud; 22 encuestados (5,37%) solicita atención médica general; 16 (3,9%) encuestados solicitan el acceso a la rehabilitación; 15 (3,6%) encuestados solicitan acompañantes terapéuticos y 14 encuestados (3,4%) psicología. El resto de los reclamos van desde peajes; atención médica integral y especializada; adecuación de domicilio; hogar de día; prótesis; ortesis; pensión; jubilación; alimentación específica; trabajo; pañales; educación; accesibilidad a los distintos establecimientos o institutos; cobertura al 100%; menos burocracia al momento de realizar trámites de solicitudes por coberturas medicas; menos burocracia en la obtención del CUD; maestras integradoras; kinesiología; oftalmología; entre otras. En la discusión retomaremos todos estos derechos que por tan solo tener el CUD tendrían que acceder sin tantas trabas legales o burocracias administrativas, incluso negativas por parte de las autoridades competentes.

La siguiente pregunta dirigida a las PCD fue si accede algún derecho aparte de los detallados en las preguntas anteriores. Obteniendo a través del uso del programa Atlas Ti8 la siguiente nube de palabras (figura 21):

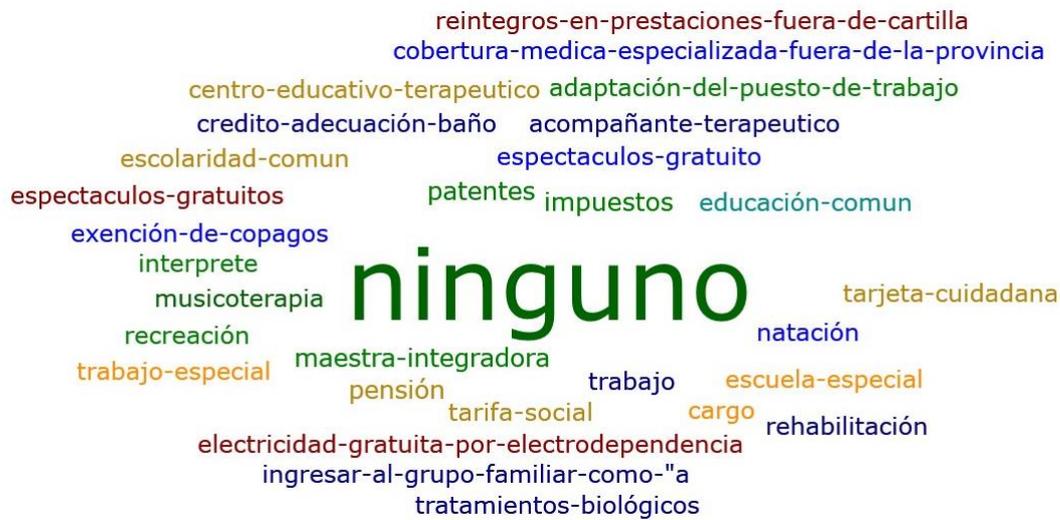


Figura 21: Análisis en Atlas Ti 8 de la pregunta hacia las PCD: Si accede algún derecho aparte de los detallados en las preguntas anteriores

De las 409 encuestas llevadas a cabo, 368 encuestados (89.9%) dijeron que “ninguno”; tan solo 41 PCD encuestadas (10.1%) manifestaron acceder a derechos como quita de impuestos; patentes; electricidad gratis por electrodependencia; musicoterapia; espectáculos gratuitos; tratamientos biológicos; tarjeta ciudadana; créditos para adecuaciones; ingreso al grupo familiar como persona a cargo; trabajo bajo la ley de discapacidad; educación común; reintegros por fuera de la cartilla; cobertura médica por fuera de la provincia en la que vive; centros educativos terapéuticos, tarifa social.

## Discusión

Antes de comenzar con la discusión de este trabajo, necesitamos que el lector comprenda que este proyecto de estudio es el primero en abordar la problemática de las PCD en Argentina y analizar estadísticamente el cumplimiento o incumplimiento de la ley 24.901 y en menor grado de las leyes 24.314, 22.431 y 19.279. Es decir que no desconocemos la doctrina aportada en la materia, pero en cuanto al relevamiento exclusivo del articulado de la ley 24.901 resulta inédito. En la bibliografía consultada

no se encontró algo al respecto sobre el mismo, por lo cual el análisis se basa en las leyes, las sentencias judiciales, publicaciones en diarios e informes de los distintos organismos de defensa de los derechos de las PCD.

La discapacidad en Argentina representa hoy un tema importante dentro de la salud pública y privada. Es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se vive.

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educacionales, centros laborales, etc. El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población (Narey Ramos & Aldereguía, Medicina social y salud pública en Cuba, 1990; San Martín, Martín, & Carrasco, Epidemiología, teoría, investigación y práctica, 1990).

Si tomamos en cuenta como ejemplo la provincia de Buenos Aires, los lineamientos de la política de salud fueron expresados en el Plan Quinquenal 2011-2015 en donde el punto de partida lo constituye el Artículo 36, inciso 8 de la constitución provincial donde *el Estado se presenta como garante y rector de la salud pública, garantizando el acceso y permanencia de los sectores desfavorecidos (mencionados como pobres) al sistema de salud. Se reconoce que la carencia de protección sanitaria impacta negativamente en las tasas de mortalidad prematura y en un mayor índice de enfermedades y discapacidades. De modo tal se indica que “...es necesario que la salud sea considerada como parte de la denominada protección social”*(Ortale & Rauski, 2018).

El empeoramiento de la salud en general va de la mano de cuestiones económicas. Esta es una ecuación que no falla.

Si pudiéramos hablar de políticas socio-sanitarias, la discapacidad sería objeto específico y preferente de las mismas, ya que ésta suele suponer unas necesidades específicas de apoyo (mediante ayudas técnicas o asistencia personal) para la realización de las actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida diaria (Fantova, 2014), así como también, aunque no siempre, unas necesidades sanitarias específicas de atención, habilitación o rehabilitación. Además, la propia atención a la persona con discapacidad en el área sanitaria requiere que ésta sea accesible y esté adaptada a sus necesidades, comprendiendo desde la accesibilidad a los centros de salud o la accesibilidad a la comunicación y cognitiva en el proceso de atención médica hasta el respeto a la autonomía del paciente.

Debido a la falta de estadísticas en Argentina, nos basamos en comparar el estudio con resultados de otros países. A través de la estadística de EDAD (Instituto Nacional de Estadística, 2008) en España, alrededor del 65% de las personas con discapacidad necesitaba algún tipo de servicio sanitario o sociosanitario con cierta frecuencia por razón de su discapacidad y un 6,5%, a pesar de haber necesitado un servicio, no lo había recibido. Nuestro estudio demostró que la atención en **forma completa** por ley en salud para las PCD, arrojó que tan solo el 43,8% de las PCD accede a la atención médica especializada, el 37,7% a la atención interdisciplinaria, el 40,6% a la medicación, el 8,1% a la dietoterapia (a pesar que hay un 35% que no la necesita), el 13,9% a los artículos de higiene, el 35,9% a la rehabilitación, 23,5% a la provisión de prótesis y ortesis, el 3,2% a la adecuación del domicilio, el 18,1% a la atención psicológica/psiquiátrica, el 8,8% a la atención odontológica integral gratuita, el 57,9% el acceso a los países, el 42,1% al símbolo internacional de acceso, el 23,7% a la eximición del pago de peajes, el 14,7% al transporte diferencial, el 10,0% al servicio de acompañantes-cuidadores-personal de ayuda, el 24,0% a la estimulación temprana y el 12,0% hogar de día.

Pero nuestro estudio revela datos más graves con respecto a la falta de conocimiento de los derechos de las PCD. Muchas PCD carecían de conocimiento acerca de los derechos que tenían por ley. Es así que el 18,6% no sabía que tenía garantizada la atención médica especializada, el 19,1% la atención interdisciplinaria, el

12,7% la provisión de medicamentos, el 40,3% la provisión de dietoterapia, el 17,6% la provisión de artículos de higiene, el 14,9% las prestaciones de rehabilitación, el 21,0% la provisión de prótesis y ortesis, el 36,9% la adecuación de domicilio, el 36,9% la atención psicológica o psiquiátrica, el 49,1% la atención odontológica integral gratuita (punto que retomare más adelante), el 3,4% los pases para el transporte, el 14,2% al acceso del símbolo internacional de acceso, el 27,4% a la excepción al pago de peajes, el 37,4% al acceso al transporte diferencial, el 34,0% al servicio de cuidadores-acompañantes y personal de ayuda, el 13,9% a la estimulación temprana y el 20,3% al acceso al hogar de día. Todo esto trae grandes perjuicios a la salud de las PCD, que iremos desarrollando en los siguientes párrafos.

De acuerdo con el estudio estadístico de EDAD-España (Instituto Nacional de Estadística, 2008) también había diferencias en la tasa de personas con discapacidad que necesitaban un servicio y no lo habían recibido por tipo de discapacidad, siendo mayor esta carencia en aquellas con limitaciones en la vida doméstica, el auto cuidado, el aprendizaje y las interacciones y relaciones personales, y mayor la cobertura sobre todo en audición, estando en posiciones intermedias, las personas con limitaciones en la visión, la comunicación o la movilidad. Nuestro estudio reflejo que el 4,4% se encuentran con internación domiciliaria y que el 5,1% con electrodependencia. Esta población es una de las que más reclamos realizan a las prestadoras sobre la atención médica, atención domiciliaria, y en caso de los electrodependientes se le suma el reclamo de los generadores eléctricos por los continuos cortes de suministro de las empresas eléctricas. La Defensoría del Pueblo bonaerense reclamó que las empresas y cooperativas de luz cumplan con la ley nacional que protege a las personas electrodependientes, y que brinde a estos usuarios mayor información sobre los beneficios con los que cuentan y que simplifiquen los trámites para acceder a ellos. *“Si bien la Provincia está adherida a esta norma, las prestatarias no la respetan”* (El Editor Platense, 2018).

Como lo hemos plasmado, la atención sanitaria y la atención social no se pueden entender como compartimentos estancos si no que guardan una estrecha relación entre sí, particularmente en el ámbito de la discapacidad y, sobre todo, en los casos de

dependencia funcional. Podríamos hablar de una relación de complementariedad entre ambas, así como de continuidad. Esto es, la atención y rehabilitación sanitaria, por ejemplo, con frecuencia precisa ser acompañada de una atención social de cobertura a las necesidades de apoyo de la persona con discapacidad o incluso que en un determinado momento reemplace a una acción sanitaria intensiva proporcionada en un momento inmediatamente anterior. Así, en los casos en que se realiza una intervención hospitalaria (tanto de atención como rehabilitadora) tras la adquisición de una discapacidad de forma traumática (por ejemplo, un ictus o una lesión medular), en la medida en que van mejorando las secuelas de la discapacidad y se concluye la atención hospitalaria, es preciso que se *activen* los servicios sociales para que la persona pueda recibir los apoyos que precise para su vida diaria.

En España a través del artículo 51 de la LGDPD (*Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*) se contemplan una serie de servicios sociales, que serían: servicios de apoyo familiar, servicios de orientación e información, servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades y de promoción de la autonomía personal, servicios de atención domiciliaria (incluyendo la acción habilitadora o rehabilitadora), servicios de vivienda (atención residencial, viviendas tuteladas u otros alojamientos de apoyo a la inclusión), servicios de centros de día y de noche, así como también actividades deportivas, culturales y de ocio y tiempo libre. En el artículo 52 se definen los centros ocupacionales como servicios de terapia ocupacional y ajuste personal y social que faciliten la capacitación y preparación para el acceso al empleo. Aunque no quedan encerradas como tales en esta norma, dentro de la política de servicios sociales también podrían tener cabida las ayudas técnicas y productos de apoyo de las personas con discapacidad (Fantova, 2014).

Es por este motivo que las políticas sanitarias han de tener en cuenta la especificidad de la discapacidad, tanto en los servicios prestados como en el modo de prestarlos, garantizando la accesibilidad, inclusión y autonomía de las personas con discapacidad. Las políticas sanitarias, en lo que concierne a la discapacidad, tendrían por objeto reducir los efectos y secuelas de la misma, mediante la prevención, la atención y la rehabilitación.

Esa aplicación efectiva y coordinada de las distintas políticas sectoriales es la que favorecerá la inclusión social de las personas con discapacidad, como establece el artículo 19 de la Convención, y permitirá reducir las desigualdades sociales existentes por razón de discapacidad.

En nuestro estudio se vio reflejado que había muchas manifestaciones por parte de las PCD sobre la falta de entrega de medicamentos, ortesis, prótesis, etc. Quedo manifestado la *falta de acceso* por ley a determinadas prestaciones siendo el 6,1% atención médica especializada, el 12,0% la atención interdisciplinaria, el 7,8% la provisión de medicamentos, el 12,2% la provisión de dietoterapia, el 6,6% la provisión de artículos de higiene, el 10,0% las prestaciones de rehabilitación, el 10,3% la provisión de prótesis y ortesis, el 13,2% la adecuación de domicilio, el 13,4% la atención psicológica o psiquiátrica, el 23,0% la atención odontológica integral gratuita (punto que retomare más adelante), el 5,9% los pases para el transporte, el 13,9% al acceso del símbolo internacional de acceso, el 13,2% a la excepción al pago de peajes, el 16,9% al acceso al transporte diferencial, el 18,1% al servicio de cuidadores-acompañantes y personal de ayuda, el 6,8% a la estimulación temprana y el 9.8% al acceso al hogar de día. Dentro de los reclamos, se encuentra la judicial, que más abajo abordaremos.

A su vez, hay que tener en cuenta que la configuración del sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado en su organización institucional, financiamiento y, en consecuencia, en los derechos que cada sector de la sociedad tiene a la atención. Esa desigualdad se reproduce hacia el interior del país, tanto en la atención pública, como a través de las Obras Sociales y Prepagas. Allí existen diferencias importantes en el acceso, tipo y calidad de servicios que reciben las PCD al igual que cualquier habitante en su lugar de residencia.

Según la OMS un sistema de salud se define como “la suma de toda las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (OMS, 2017). Un buen sistema de salud acerca los servicios a la población, los pone a su alcance, elimina las inequidades; pero para lograr esto dependerá de un gobierno que sepa manejar y desempeñar el adecuado funcionamiento de los sistemas;

además de los apoyos de los municipios e instituciones relacionadas en este tema (OMS, 2017).

Según Barragán (Barragán, 2007) los sistemas de salud cumplirán su objetivo cuando las personas de una población se encuentren sanas, caso contrario cuando necesiten de los servicios de la salud estos se encuentren disponibles disminuyendo el daño que puede traer una enfermedad; además que la población quede satisfecha con los servicios utilizados. La población económicamente activa posee barreras comunes para lograr el acceso a la salud. Si a estas barreras diarias y propias de la burocracia administrativa impuestas a las personas sin discapacidad, se les transfieren a las PCD, el acceso en muchas sociedades se hará más difícil pues dependerá del tipo de discapacidad que las personas padezcan, de las limitaciones de transporte, de la situación económica que enfrenten, etc.

El 13 de diciembre de 2006, la Organización de Naciones Unidas promulgó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Este documento entró en vigor en mayo de 2008 e introdujo una nueva perspectiva en el modo de abordar la discapacidad (Naciones Unidas, 2006). Hay que tomar varios puntos de la convención de los derechos de las PCD (Naciones Unidas, 2006), ya que de aquí parten otros tratados internacionales.

Dentro de la convención se encuentra el artículo 25 de Salud. Este artículo deja en claro varios puntos que en Argentina no se están cumpliendo o no se están respetando, más en base a los resultados que muestran el deterioro de la salud de las PCD:

*“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”.*

Como ha quedado explícito en nuestro estudio en ningún momento se garantiza la atención integral libre de barreras o trabas para las PCD. Ni las Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga o el Estado Nacional garantizan la atención sin ninguna restricción, más aún si la barrera no es prestacional, farmacológica o sanitaria propiamente dicha, sobreviene la burocracia administrativa que lleva en la mayoría de los casos a frustrar la asistencia por parte de los efectores de salud. Como pudimos observar en los resultados el 18,6% de las PCD cuentan con medicina prepaga (sea por aportes de derivación desde una Obra Social o por el precio que la paga la PCD), un alto porcentaje de PCD (62,5%) cuenta con Obra Social (Profe/Incluir Salud; Monotributo Social; Obras Sociales del Monotributo; Obras Sociales en relación de dependencia).

Si observamos cada punto de la convención y los resultados estadísticos de la encuesta, podemos observar los incumplimientos de la Convención Internacional:

*a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o 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 niñas 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 respecto de 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.*

En base al CDPD la persona con discapacidad debería recibir los tres supuestos básicos del modelo social: dignidad de la persona humana, autonomía y accesibilidad.

Teniendo en cuenta la difícil accesibilidad que existe actualmente en los diversos programas integrales de rehabilitación, la comunidad en condición de discapacidad, no cuenta con los suficientes recursos que logren optimizar sus condiciones, por lo tanto la limitación funcional se convierte en un obstáculo para lograr la inclusión social de la persona con discapacidad. “El no tener acceso a los servicios de rehabilitación podría representar la dependencia y la existencia de barreras para la participación de las personas en situación de discapacidad, además, esta limitante, lejos de representar un ahorro, genera costos directos e indirectos” (Velandia Israel & Jaramillo, 2008), tanto para la persona en condición de discapacidad, como para sus familiares.

En Argentina la protección del derecho a la salud y la asistencia de las personas con discapacidad se encuentran instituidas como una política pública del Estado. El artículo 75 inc. 23 de la Carta Magna establece que: “le corresponde al Congreso de la Nación promover medidas de acción positiva tendientes a garantizar “igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por

esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.

Dentro de los distintos tratados internacionales con jerarquía constitucional a los que la Argentina adhirió y es parte y que a su vez conforman el bloque de constitucionalidad conjuntamente con nuestra Constitución Nacional, es decir que ostentan jerarquía de norma supra legales contienen disposiciones respecto al derecho a la salud y a la protección de las personas con discapacidad, mencionamos la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad tiene como propósito conforme lo estipula su artículo 1° *“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”*.

( Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.)

En lo que respecta a las leyes nacionales, cabe destacar de forma particular la ley 22.431, del año 1981, que establece un sistema de protección integral de los discapacitados. Por otro lado, la ley 24.901, del año 1997, instituye un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Conforme lo establece el artículo 2° de esta ley, los sujetos obligados al cumplimiento de las prestaciones, son las obras sociales, reguladas en la ley 23.660, y las entidades de medicina prepaga ley 26.682 las que tienen a su cargo con carácter

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

El derecho a la salud no es una simple declaración de derechos, sino que las normas que giran en torno a este derecho deben interpretarse como un compromiso del Estado a su tutela mediante el dictado de normas, y también velando por su cumplimiento, con el objetivo de que se asegure la real vigencia de este derecho (Clérico, 2009). Dentro de la justicia, las PCD tienen dos formas de poder exigir los derechos:

1. A través de órganos del ámbito de la administración pública descentralizada.
2. A través de los tribunales de justicia.

Se ha anticipado que la exigibilidad del derecho a la salud ha sido usualmente abordada circunscribiéndola a la posibilidad de reclamar ante los tribunales su protección jurisdiccional, y de obtener una respuesta favorable a la tutela solicitada. Esta concepción de identificar exigibilidad con acceso a la justicia, encuentra apoyo normativo en el texto de numerosos instrumentos de derechos humanos (art. 18 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), art. 10 Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), arts. 8 y 25 Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), y art. 14 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)), con jerarquía constitucional en Argentina (art. 75, inc. 22 CN), y responde a una de las principales funciones institucionales de los poderes judiciales, que es garantizar el ejercicio efectivo de tales derechos y remediar su violación o incumplimiento. La presentación de reclamos y denuncias ante organismos administrativos, para solicitar el cumplimiento de diversos aspectos del derecho a la salud constituye un valioso instrumento cuyo potencial no debe subestimarse, ya que a veces permite obtener una respuesta eficaz y oportuna para el goce efectivo de tal derecho, sin los costos y tiempo que irroga entablar una acción judicial, y sin necesidad de contar con patrocinio letrado. La Superintendencia de Servicios de Salud de La Nación y la Defensoría del Pueblo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la Agencia Nacional de Discapacidad, son buenos ejemplos de ello.

Muchas controversias en fallos judiciales se dan porque la ley no es analizada de la misma forma por distintos jueces, si bien es cierto que el derecho es una ciencia de interpretación de la norma jurídica prescripta por el legislador, muchos de ellos no interpretan la ley realizando un diálogo de fuentes, es decir, integrando las distintas regulaciones Nacionales en consonancia con los tratados internacionales y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC), siendo que los documentos legales mencionados cuentan con rango constitucional y por ende la normativa tiene carácter supra legal, es decir superior a las normas de fondo y de forma, luego de la reforma de nuestra Constitución Nacional en el año 1994, adquiriendo dichos pactos internacionales la jerarquía mencionada por imperio del art. 75, inc. 22 y 23 entre otros. A mayor abundamiento y tratándose de personas en estado de vulnerabilidad en algunos casos e hipervulnerabilidad en otros tantos, la interpretación normativa debe realizarse además en clave con los derechos humanos – como en nuestro caso – el derecho de la salud, de cara a una Argentina plural, igualitaria e inclusiva.

Hemos de destacar que el Poder Judicial en reiteradas ocasiones complejiza lo simple y simplifica lo complejo, dejando librada a su suerte a la persona con discapacidad, ya que la invisibilidad de éste grupo social no es acompañado por los operadores judiciales. Por un lado la publicación de Neder (Neder, 2018) dice:

*“Por imperio del artículo 13 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC), los Estados Partes –uno de ellos la República Argentina- se comprometieron a asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de los procedimientos”.*

Hay que tener en cuenta que muchos procedimientos judiciales tienen que tomar las **“100 Reglas de Brasilia”** (XIV Cumbre Judicial Iberoamericana). **Las 100 reglas de Brasilia fueron aprobadas por la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, Brasilia, 4 a 6/03/2008, a las cuales adhirió la Corte Suprema de Justicia de la Nación por Acordada N° 5/2009 del 24/02/2009.**

En ellas se establece que *“se consideran en condición de vulnerabilidad aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas y étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico”* (Regla 3); la Regla 7 prevé específicamente que *“se entiende por discapacidad la deficiencia física, mental o sensorial”*, la Regla 8 concretamente establece que *“se procurará establecer las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, incluyendo aquellas medidas conducentes ... que garanticen su ... comprensión ... y comunicación”*, y la Regla 33 dispone la revisión de reglas de procedimiento *“para facilitar el acceso de las personas en condición de vulnerabilidad, adoptando aquellas medidas de organización y de gestión judicial que resulten conducentes a tal fin”*.

Algunos fallos se dictaron en contra de las PCD, fallando por ende la Justicia a favor del Estado o de la Obra Social (OS) o de la Empresa de Medicina Prepaga. Esto se debe a que al momento de la demanda no tuvieron en cuenta los siguientes Artículos de la ley 24.901:

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

*ARTICULO 3º — Modifícase, atento la obligatoriedad a cargo de las obras sociales en la cobertura determinada en el artículo 2º de la presente ley, el artículo 4º, primer párrafo de la ley 22.431, en la forma que a continuación se indica:*

*El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas*

*o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios.*

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

¿Qué significan estos artículos? Que cuando una PCD tiene Obra social (OS) o es afiliado a una Prepaga estos son lo que brindan la atención bajo la ley 24.901 y **NO** el Estado. Acá el Estado no es garante (pero si responsable de que las OS y las prepagas cumplan con estas normas bajo las entidades de control). Ahora cuando una PCD no tiene OS o una prepaga, es el Estado el responsable de garantizar la prestación de salud a través de sus organismos.

Es decir que, según lo normado en los arts. 3° y 4° de la Ley 24.091, el Estado Nacional sólo se encuentra obligado a cubrir las prestaciones previstas por la normativa, cuando la persona con discapacidad carece de cobertura de obra social y no cuenta con los medios adecuados para hacer frente a las erogaciones que demandan dichas prestaciones.

*“Lo expresado pone en evidencia la función rectora que ejerce el Estado Nacional en este campo y la labor que compete al Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad de aplicación, para garantizar la regularidad de los tratamientos sanitarios coordinando sus acciones con las obras sociales y los estados provinciales, sin mengua de la organización federal y descentralizada que corresponda para llevar a cabo tales servicios” (Fallos: 323: 3229, considerando 27).*

**Este punto es crucial de entender, ya que muchas PCD han demandado al Estado pidiendo la cobertura, y la Corte Suprema de la Nación fallo a favor del Estado por que la PCD tenía Obra Social o Prepaga.** Lo que implica que aquellas personas con discapacidad que tengan cobertura de una Obra Social o Prepaga, deberían

reclamar el cumplimiento de las prestaciones a éstas, y el Estado será el encargado de prestarlas a aquellas personas que carezcan de las mismas.

En mayo del 2019 la Superintendencia de Salud de la Nación emitió por las



**LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:**

**TIENEN DERECHO A LA COBERTURA DEL 100% EN:**

**PRESTACIONES BÁSICAS:**

- Preventivas.
- Rehabilitación: Ambulatoria (Institucional o Consultorios), Internación o Domicilio.
- Consultas Médicas.
- Medicamentos (vinculados a la discapacidad acreditada en el CUD).
- Apoyos técnicos u otros aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis y audífonos.

**SERVICIOS ESPECÍFICOS:**

- Centro de Día.
- Centro Educativo Terapéutico.
- Hogar / Residencia.
- Prestaciones Educativas y Apoyo a la Integración Escolar.
- Formación Laboral o Rehabilitación Profesional.

**OTRAS PRESTACIONES:**

- Asistente Domiciliario.
- Transporte.
- Odontología.

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

0800 222 72583 (SALUD)  
CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

redes sociales la siguiente publicidad (Fig. 54) en donde deja en claro que las PCD tienen **derecho a la cobertura 100% en: Prestaciones Básicas; Servicios Específicos** y especialmente **habla de Otras prestaciones en donde figura la Odontología.** Es decir, en base a la publicación de la Superintendencia de Servicios de Salud las PCD tienen derecho a la cobertura 100% en odontología.

Figura 22: Publicidad de la Superintendencia de Servicios de Salud

Sólo queda por preguntarse ¿porque la misma Superintendencia que es el ente de control, no regula ni

sanciona a las Obras Sociales y a la Prepagas a que se cumpla este derecho?

## **Conclusiones**

Este proyecto ha demostrado que la falta de conocimiento de las leyes hace que a muchas PCD les hayan negado o vulnerado sus derechos, en el caso y como ejemplo cobrando por prestaciones que debían de ser gratuitas. Otras PCD no han podido rehabilitarse debido a que no pudieron costear los altos costos de las prestaciones. La Corte Suprema de Justicia de La Nación, como guardián de los derechos y garantías amparados por la Constitución Nacional, es el fiel veedor del cumplimiento de estos derechos, entre los que se encuentra el derecho a la salud emanado del artículo 42 y de pactos internacionales con jerarquía constitucional y determina que el Estado Nacional siempre está obligado a garantizar el derecho a la salud, principalmente cuando los demás actores del sistema no pueden afrontarlos y en consonancia con la reforma de 1994 de la Constitución Nacional, determina que la forma de hacerlo es a través de las “acciones positivas”, imponiendo al Estado Nacional un rol activo (reclamando políticas concretas de acción positiva) y no es de un mero espectador. Por tal motivo, remarcamos que el Estado nacional debe adoptar las medidas económicas y técnicas pertinentes, para lograr en forma progresiva, la plena efectividad del derecho mencionado. Cuestiones relacionadas con el presupuesto estatal no deben ser excusas para la ausencia de cobertura de la discapacidad.

Es lógico que una persona que posee Obra Social o es afiliado a una Empresa de Medicina Prepaga, deba recibir la atención médica en dichos efectores de salud, y tratándose de PCD, la cobertura debe de ser integral, tal y como lo marcan las normas vigentes. Pero no es menos cierto que la efectiva tutela del Estado debe ser progresiva, activa, inclusiva y eficaz cuando de discapacidades se trata. Por ello, la justicia ha de actuar de manera coherente y respetar y hacer respetar el fiel cumplimiento de las Convenciones y Leyes con un mismo criterio en todas las situaciones de condición de discapacidad.

*El Juez debe juzgar con equidad en los casos particulares sometidos a su decisión y ello sólo se logra ejerciendo la virtud de prudencia animada con vivo espíritu de justicia en la realización efectiva del derecho en las situaciones reales que se presenten. (Corte Suprema de la Nación, 1983).*

*Nota:*

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de Stamboulian con fecha 19 de julio de 2018 y cuenta con el Aval de la Academia Nacional de Odontología con fecha 30 de julio de 2018

El cuestionario para las Personas con Discapacidad y los Establecimientos Públicos se encuentra protegido por la Dirección Nacional de Derecho de Autor exp RL-2018-23015686-APN-DNDA#MJ

El proyecto de investigación, sus resultados, tablas, gráficas y estadísticas se encuentran protegidos por la Dirección Nacional de Derecho de Autor. Hecho el deposito el 16 de julio de 2019 bajo el número de expediente EX -2019-64064309-APN-DNDA#MJ.

## Referencias bibliográficas

- Abundis Espinosa , V. M. (Agosto de 2016). Beneficios de las encuestas electrónicas como apoyo para la investigación. *Revista Académica de Investigación*, 22, 168-186. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (s.f.). Art 1.
- Corte Suprema de la Nación Argentina. (1994). Constitución Nacional Argentina. Argentina. Obtenido de <http://presencias.net/miscel/ht4052a.html>
- Jhonnal Alarco, J. (2012). Google Docs: una alternativa de encuestas online. *Educ Med*, 15(1), 9-10.
- Lozano Rodríguez, A., Valdes Lozano, D., Sánchez Aradillas, L., & Esparza Duque, E. (2011). Uso de google docs como herramienta de construcción colaborativa tomando en cuenta los estilos de aprendizaje. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 8(4), 23-39.
- Alarco, J., & Álvarez, E. (2012). Google Docs: una alternativa de encuestas online. *Educación Médica*, 15(1), 9-10. doi:10.4321/S157518132012000100004
- Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. (U. d. Plata, Ed.) La Plata, Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <https://bit.ly/2qK68mE>
- Calzadilla, N. C. (2001). Correspondencia entre laq formacion académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev Cubana Estomatol*, 3(38), 181-91.
- Castañeda, J., & Luque, T. (2004). Diseños de investigación comercial en internet: oportunidades y limitaciones. *Investigación y Marketing*, 84, 20-28.
- Chiapasco, M., Gatti, C., Casentini, P., & Procopio, C. (2009). *Manual Ilustrado de Implantología Oral*. Amolca.
- Clérico, L. (2009). “¿El argumento del federalismo vs. el argumento de igualdad? El derecho a la Salud de las personas con discapacidad”. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*. Obtenido de [Http://www.palermo.edu/derecho/revista\\_juridica/pub-11/11Juridica05.pfd](Http://www.palermo.edu/derecho/revista_juridica/pub-11/11Juridica05.pfd)
- Comes, Y. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología-UBA Anuario de Investigaciones.

- Contreras Rengifo, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.*, 9(2), 193-202.
- Contreras, A. (2013). La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Biomédica*, 1(33), 187-90.
- Corte Suprema de la Nación. (01 de 01 de 1983). C.S.J.N. Fallos 305:1163.
- Di Nasso, P., & Falconi Salazar, E. (2010). La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y Argentina. *Facultad de Odontología. UNCuyo.*, 4(2), 7-11.
- Di Rienzo, J., Casanoves, F., Balzarini, M., Gonzalez, L., Tablada, M., & Robledo, C. (2018). InfoStat version 2018. Córdoba, Argentina. Obtenido de <http://www.infostat.com.ar>
- Díaz Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., & Ramos Martínez, K. (2018). Pobreza y salud bucal en comunidades afrodescendientes vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3(44), e411.
- El Editor Platense. (06 de Julio de 2018). Reclaman a las empresas de luz que protejan a los electrodependientes. *El Editor Platense*. Obtenido de [https://editorplatense.com.ar/nota/1543/reclaman\\_a\\_las\\_empresas\\_de\\_luz\\_que\\_protejan\\_a\\_los\\_electrodependientes](https://editorplatense.com.ar/nota/1543/reclaman_a_las_empresas_de_luz_que_protejan_a_los_electrodependientes)
- El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina . (Promulgada de hecho: diciembre 2 de 1997). *Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad*.
- Fantova, F. (2014). *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid: CCS.
- Federación Dental Internacional (FDI). (2015). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. 2ª ed. Ginebra. Obtenido de [http://www.fdiworldental.org/media/84768/book\\_spreads\\_oh2\\_spanish.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/84768/book_spreads_oh2_spanish.pdf)
- Fuentes, P. (2014). *Discapacidad en la República Argentina. Aspectos normativos*. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal.

- García Cordova, F. (2002). El cuestionario: Recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionarios.
- García K, S. S. (2013 ). Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. *Rev de Ciencias Médicas La Habana [revista en internet]*, 2(19).
- Grasso, L. (2006). "Encuestas: elementos para su diseño y análisis.
- Hernández, J., & Hernández, I. (2005). Una aproximación de los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(2), 130-144. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n2/v7n2a02.pdf>
- HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina. (s/f). Certificado de Discapacidad: Denuncian que es "casi acusatorio" el interrogatorio para obtenerlo. Obtenido de <http://www.hipertensionpulmonarargentina.org/certificado-de-discapacidad-denuncian-que-es-casi-acusatorio-el-interrogatorio-para-obtenerlo/>
- INDEC. (2010). *Censo 2010 de la República Argentina*. Obtenido de [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135)
- INDEC. (2018). *INDEC: Estudio nacional sobre la población con discapacidad*. Recuperado el 04 de Junio de 2019, de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/indec-estudio-nacional-sobre-la-poblacion-con-discapacidad>
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD 2008)*. Obtenido de [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados &idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados &idp=1254735573175)
- Karin Rotter, P., Fresia Solís, F., & Milton González, A. (2007). Costos de atención en pacientes con mielomeningocele en los Institutos de Rehabilitación Infantil Teletón. *Rev Chil Pediatr*, 78(1), 35-42.
- Maceira, D., & Cicconi, V. (2003). *Obras sociales Financiamiento y Equidad*.
- Medina, R. (18 de Abril de 2018). El INDEC sale a relevar cuántas personas con discapacidad hay en la Argentina. *Clarín Sociedad*. Obtenido de [https://www.clarin.com/sociedad/indec-sale-relevar-cuantas-personas-discapacidad-argentina\\_0\\_HkIXmgBhz.html](https://www.clarin.com/sociedad/indec-sale-relevar-cuantas-personas-discapacidad-argentina_0_HkIXmgBhz.html)

- Mosca, C., Ingénito, P., & Rey, E. (2019). Estudio sobre el estado de cobertura odontológica garantizada por la ley 24901 a favor de personas con discapacidad certificada en la república argentina. *Revista Científica de UCES*, 24(2), 25-50. Obtenido de <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/712>
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad., (págs. 1-35). Nueva York. Recuperado el 26 de 12 de 2018, de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- Naciones Unidas. (2012). *Informe del grupo Washington sobre estadísticas de la discapacidad. Comisión de Estadísticas 43º Periodo de sesiones 28 de febrero a 2 de marzo*. E/CN.3/2012/21.
- Naciones Unidas. (Publicada en el Boletín Oficial: 09 de Junio de 2008). *Ley 26.378. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006*.
- Narey Ramos, D., & Aldereguía, H. (1990). *Medicina social y salud pública en Cuba*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Neder, M. (2018). Los jueces como garantes del modelo social de discapacidad: juzgar con perspectiva de vulnerabilidad. *Revista derecho y salud*, 2(2), 111-126.
- OMS. (06 de 06 de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La OMS actualiza la Lista de Medicamentos Esenciales con nuevas recomendaciones sobre el uso de antibióticos: <https://www.who.int/es/news-room/detail/06-06-2017-who-updates-essential-medicines-list-with-new-advice-on-use-of-antibiotics-and-adds-medicines-for-hepatitis-c-hiv-tuberculosis-and-cancer>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre discapacidad*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *10 datos sobre discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (Nov 2017). *10 datos sobre discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. En *CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Paseo del Prado, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. Obtenido de <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2009). Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA62.14. Ginebra: OMS.
- Ortale, M. S., & Rauski, M. E. (2018). Políticas Sociales, Desigualdades y Vulnerabilidades. La plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Obtenido de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/71557/Documento\\_completo.pdf-f-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/71557/Documento_completo.pdf-f-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pastor, J. (2009). Los formularios en línea como herramienta telemática para interactuar con los estudiantes. *Revista d'Innovació Educativa*, 3, 79-83.
- Pineda-Tamayo, R., Arcila, G., Restrepo, P., Tobón, G., Camargo, J., & Anaya, J. (2004). Costos médicos directos de la artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología*, 11(2), 89-96.
- Ravaglia, C. (2001). *Discriminación*. Obtenido de <http://www.xn--odontologa-online-lvb.com/casos/part/CR/CRO1/CRO1.html>
- Romero, M., Arango, C., Alvis, N., Suarez, J. C., & Duques, A. (2011). Costos de la Esclerosis Múltiple en Colombia. *Value in Health*, 14, S48-S50.
- San Martín, H., Martín, S., & Carrasco, J. (1990). *Epidemiología, teoría, investigación y práctica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR). (2017). *Datos estadísticos sobre discapacidad 2017*. Buenos Aires.
- Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR). (2017). *Datos estadísticos sobre la discapacidad 2017*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>
- Valls, O. (2007). Investigación on-line: menos costes y mayor rapidez. *Investiga: Publicación de Investigación de Mercados*, 17, 24-28.
- Van der Kooy, E., Pazzella, H., Carril, A., Roldan, R., Jorgensen, N., & Langsam, M. (2015). *Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la*

*cobertura asistencial en el Programa Médico Obligatorio.* Buenos Aires: ISALUD.

Velandia Israel, A., & Jaramillo, J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. *Revista Ciencias de la Salud*, 6(3), 23-35. Obtenido de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/76/76859c84-fe42-4525-adff-4776e37aa8f8.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/76/76859c84-fe42-4525-adff-4776e37aa8f8.pdf)

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health.* Geneva: WHO.

XIV Cumbre Judicial Iberoamericana. (s.f.). *100 Reglas de Brasilia sobre acceso a la Justicia de las Personas en Condicion de Vulnerabilidad.*

Zaldúa, G., Sopransi, M. B., Nabergoi, M., Longo, S., Estrada Maldonado, S., & Veloso, V. (2007). Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007*, (págs. 204-207). Buenos Aires. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-073/467>