

# HACIA LA VIDA INDEPENDIENTE

EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD EN ARGENTINA



- OCTUBRE 2012 -

## ÍNDICE

Introducción	3
I- El sistema de salud argentino	7
II- Funcionamiento y financiamiento del sistema de salud	13
III- La cobertura para personas con discapacidad en Argentina y el financiamiento de sus prestaciones	23
- Ley de Cheques	26
- Un ejercicio de evaluación presupuestaria nacional: 2010-2011	30
IV- Alternativas para pensar los servicios para personas con discapacidad desde el paradigma de la autonomía: experiencias comparadas	38
- Experiencias europeas sobre autonomía de las PCD en el marco del modelo social	38
a) Ley española de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia N° 39/2006	38
b) Ley sueca de apoyo y servicios a personas afectadas por incapacidades funcionales N° 1993/387	41
c) Sistema neerlandés: Seguro de cuidados de larga duración	47
d) El modelo italiano	51
- Emergentes discusiones y regulaciones latinoamericanas sobre autonomía de las PCD en el marco del modelo social	52
- Algunos aportes desde el análisis de las experiencias	54
Recapitulación y Conclusiones	56

## INTRODUCCIÓN

La cuestión de la capacidad y discapacidad de las personas constituye actualmente uno de los ejes de movilización y discusión política más desafiantes para las estructuras habituales de la sociedad moderna.

Tradicionalmente, las instituciones sociales, políticas y jurídicas, así como las prácticas generadas a su alrededor, han sido concebidas bajo un estándar de supuesta “normalidad” (que no es sino una naturalización de las características más habituales que, desde cierta mirada, suelen detectarse en las personas) sin reparar suficientemente en las necesidades y preocupaciones de quienes no responden a ese estándar. Ello se replica en las más diversas áreas de nuestra vida comunitaria, desde la arquitectura de nuestras ciudades y edificios, hasta los sistemas de atención de la salud, de educación, de vivienda, de participación ciudadana y cultural. Un estándar de “normalidad” se ha impuesto sobre nuestra sociedad, ignorando (y así, excluyendo) la posición de los “otros”, aquellos para quienes nada de lo anterior ha sido específicamente pensado y que, por lo tanto, se ven forzados a una tarea permanente de dificultosa adaptación en pos de asegurar su subsistencia material y desenvolvimiento significativo. Este estándar de “normalidad”, suele incluir un componente laboral. Es decir, una persona será considerada “normal”(o no) teniendo en cuenta su potencial adaptación al mercado laboral mundial.

Las personas con discapacidad (PCD) constituyen uno de los sectores donde dicha exclusión, dicho posicionamiento en la “otredad”, en lo ajeno o distinto, se presenta de modo más marcado en nuestra sociedad. Las dificultades que las PCD suelen enfrentar para desplazarse (ya sea en la vía pública, en el transporte o en establecimientos cerrados), conseguir empleo, acceder a prestaciones educativas y sanitarias adecuadas y, en general, para integrarse a los circuitos de interacción social y política habituales, son inmensas. Sólo una persistente obturación de la capacidad de empatía de la mayoría de las restantes personas explica que semejante dificultad, además, sea observada con indiferencia o cómoda resignación.

Aún quienes se resisten a la indiferencia y a la resignación, y advierten la gravedad y urgencia del problema, suelen no obstante perpetuar una porción crucial del mismo. Se trata de la *matriz ideológica* que lo constituye. Esa matriz está signada por una concepción de la discapacidad como patología, como deficiencia física, psíquica, funcional o sensorial que afecta a un sujeto o grupo de sujetos. Desde esa perspectiva, el tratamiento de la discapacidad se concibe con una finalidad “rehabilitadora”, y se expresa en políticas

típicamente asistencialistas, compensatorias o protectorias gobernadas por el saber médico. Se trata de integrar a un sujeto anómalo a las condiciones “normales” de vida y, en caso de no poder hacerlo, compensarlo mediante una asistencia paliativa.

Desde finales de la década del setenta, sin embargo, esa matriz ideológica ha comenzado a ser fuertemente cuestionada por los movimientos organizados de personas con discapacidad. Frente a ella – apostrofada como “modelo médico” o “modelo rehabilitador” – ha avanzado una concepción alternativa, a la que se conoce como “modelo social”. El modelo social denuncia que la concepción de la discapacidad como patología contribuye injustamente a la cristalización de las PCD como “ciudadanos de segunda clase”, cuando en realidad “no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social”<sup>1</sup>. Así, el modelo social enfatiza que las causas de la discapacidad son sociales, es decir, que la discapacidad no es una condición inherente derivada de la fisiología de una persona individual, sino más bien de la ausencia de previsión de mecanismos institucionales y tecnológicos adecuados para todas las personas (en vez de sólo para un grupo mayoritario de ellas). Las características psicofísicas limitadas (como la pérdida total o parcial de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo) hacen a la *diversidad funcional* de las personas, pero sólo los factores sociales que restringen o impiden a las personas con ese tipo de diversidad funcional integrarse plenamente a la sociedad darán lugar a la *discapacidad*. Desde esta perspectiva, la discapacidad se presenta como “un hecho social, en el que las características médicas y biológicas de la persona tienen importancia en la medida en que evidencian la capacidad – o incapacidad – de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades. Es decir, las limitaciones son construidas por la propia sociedad que no brinda servicios adecuados y medios de integración para las PCD”<sup>2</sup>.

El modelo social de la discapacidad desplaza entonces del centro de la discusión a las características psicofísicas de los individuos y a su eventual rehabilitación o compensación, ubicando en ese lugar en cambio al diseño de las estructuras institucionales vigentes, escrutadas en su virtualidad para incluir o excluir a todos los individuos.

Uno de los logros más relevantes del movimiento de personas con discapacidad ha sido la sanción (con una participación activa y dirimente de integrantes de estos

---

<sup>1</sup> Agustina Palacios, *El modelo social de la discapacidad: origen, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, CERMI, Madrid, ps. 103-4.

<sup>2</sup> Carlos Acuña, Luis Bulit Goñi, Mariana Chudnovsky y Fabián Repetto, “Discapacidad: Derechos y Políticas Públicas”, en Carlos Acuña y Luis Bulit Goñi (comps.), *Políticas sobre la Discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2010, p. 35.

movimientos, trabajando bajo la poderosa consigna política “nada sobre nosotros sin nosotros”) de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD). Allí se ha pretendido cristalizar los principios básicos del modelo social.

Uno de los principios más importantes en este sentido es el de *autonomía*. La autonomía es un concepto fundamental en el pensamiento liberal moderno, y en particular en el pensamiento jurídico moderno. Más allá de las múltiples caracterizaciones del mismo que han estado y siguen estando en disputa en el ámbito de lo discursivo, lo cierto es que cualquier concepción de autonomía comparte un núcleo duro de significado que la vincula con la garantía de que todo sujeto pueda decidir y desarrollar un plan significativo de vida en su ámbito privado sin que ello le sea impedido por vía de acción u omisión por parte de la comunidad (con o sin forma de Estado).

Las personas con discapacidad, no obstante, han sido y continúan siendo dejadas fuera de este amplio alcance de la idea de autonomía, bajo una ideología paternalista de que no tienen las aptitudes suficientes para valerse por sí mismas y que entonces lo correspondiente es brindarles un régimen “tuitivo”, de supuesta “protección”, que en realidad implica un avasallamiento total de la autonomía, sustituyendo la voluntad, no reconociéndola siquiera.

Esto se encuentra en franca contradicción con los términos de la CDPCD:

*“Art. 19: Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:*

*a. Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;*

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

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

Alrededor del “sistema médico” de avasallamiento de la autonomía de las PCD se ha construido un jugoso negocio, donde producir y reproducir la dependencia de las personas con discapacidad es la variable crucial para el movimiento de grandes sumas de dinero a nivel de la medicina privada, de las obras sociales y de las agencias estatales.

El presente Informe se propone desentrañar el sistema de financiamiento actual de los servicios para las personas con discapacidad en Argentina, tomando como premisa que la debida comprensión de ese sistema es crucial para poder trabajar en alternativas realistas que fortalezcan la autonomía.

De lo que se trata es de generar un marco institucional para la prestación de los servicios que las personas con discapacidad -como todas las demás- necesitan que no siga profundizando el considerable flujo de dinero en reproducción de la dependencia, sino en dirección hacia la independencia: un sistema integrado de servicios para la autonomía y la independencia de las personas con discapacidad. Y es que esta es la concepción básica: capacidad y discapacidad son construcciones sociales. De lo que se trata es de construir autonomía para todos.

En la primera sección se realizará una descripción estructural del sistema de salud argentino y las diferentes fluctuaciones que ha sufrido en las últimas décadas.

En la segunda, el objetivo será un relevamiento del funcionamiento y financiamiento de aquel sistema y los diferentes sub-sistemas que lo componen.

A continuación- sección tercera- se profundizará el análisis del financiamiento específico de las prestaciones para PCD, haciendo énfasis en los movimientos de diseño institucional.

Antes de una recapitulación y conclusión final se abordará el estudio, en la cuarta sección, de alternativas dentro de experiencias comparadas en Europa y América Latina.

## I.- EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

El Sistema Nacional de Seguro de Salud argentino, fue creado a fines de 1988 por la Ley N° 23.661 y es regulado:

*“... con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.” (Art. 1, Ley 23.661)*

Las complejas negociaciones que fueron necesarias para instaurar este seguro de salud comenzaron en el año 1983 con la recuperación de la democracia. El debate giró en torno a la necesidad de un sistema de salud universalista. Los actores que lo llevaron a cabo fueron los dirigentes sindicales y los dirigentes políticos del gobierno democrático. En aquella oportunidad la población con cobertura se estimaba en un 70% (obras sociales) – los números no resultan alocados si se considera que el empleo registrado era considerablemente mayor que el actual y la tasa de desempleo considerablemente menor –. Es así que existían condiciones objetivas para pensar que la solución al problema de falta de cobertura en salud se encontraría en un Seguro Nacional de Salud que cubriría a toda la población y en el que el aporte del estado sería el responsable de cubrir al 30% restante sin cobertura.

Con este seguro se concretaba una aspiración de universalidad muy influida por el famoso informe de Beveridge<sup>3</sup> que, entre otras consideraciones, sostenía: *"Un amplio servicio nacional de salud asegurará a todos los ciudadanos todo tratamiento médico que necesiten, en la forma que lo necesiten, a domicilio o institucional..."*

Otra de las características importantes del seguro era su “integralidad”. No sólo pretendía abarcar a toda la población<sup>4</sup> sino también contemplar todas las prestaciones

---

<sup>3</sup> William Henry Beveridge, primer Baron Beveridge de Tuggal, economista y político británico. Se le conoce fundamentalmente por su informe de 1942, Social Insurance and Allied Services (conocido como el "Primer informe Beveridge") que proporcionó las bases teóricas de reflexión para la instauración del Welfare State.

<sup>4</sup> *“Quedan incluidos en el seguro: a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales. b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios. c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.”(Art. 5, Ley 23.661)*

necesarias para reestablecer el estado de salud. Esto se ve reflejado en el artículo 2 de la norma, que establece:

*“El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.”*

Como se puede observar, la cobertura exigida por esta ley es amplia y alcanza un nivel de protección a la salud muy importante.

Con respecto a los agentes involucrados y obligados a prestar este servicio de salud la norma considera:

*“... agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente.”* (Art. 2, Ley 23.661)

Como se destacó, las obras sociales (nacionales y provinciales) constituyen un agente de gran relevancia en el sistema ya que proveen de cobertura a gran parte de la población. De acuerdo a la ley que comentamos, estos agentes deben adecuar sus prestaciones a las exigencias de integralidad e igualdad mencionadas. De este modo el Sistema de Salud queda escindido en dos grandes subsistemas: el de obras sociales y el público.

Asimismo, resulta necesaria la participación de un órgano del Estado que ordene, articule y controle el sistema de modo tal que resulte eficaz a la hora de cumplir con los propósitos expuestos. Es así que se estipuló que el Ministerio de Salud diseñaría políticas:

*“... encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.”* (Art. 3, Ley 23.661)

Si bien estos componentes centrales del Seguro Nacional de Salud implementado por la Ley N° 23.661 se encuentran aún vigentes, las profundas reformas de corte neoliberal introducidas durante los años noventa produjeron un impacto tal en el sistema que terminaron por alterarlo por completo.

Estas reformas fueron implementadas a través de decretos de necesidad y urgencia emanados del Poder Ejecutivo, con el Poder Legislativo asumiendo un rol altamente pasivo. Se produjeron en un marco caracterizado, por un lado, por la gravitación



preponderante de organismos multilaterales de crédito en la tarea de formación y diseño de políticas públicas – ligada a su papel de entidades financiadoras de las mismas –. Por otro lado, el sistema de obras sociales se vio sensiblemente desfinanciado a partir de la introducción de un paquete completo de medidas tendientes a la flexibilización laboral, que provocaron el aumento del empleo informal y la consiguiente disminución de los aportes.

El plan original de los sostenedores de estas políticas fue arrojar el seguro de salud al mercado y que la libertad de regulación armonizara el sistema. La principal resistencia que tuvieron que enfrentar provino de los sindicatos que buscaban proteger sus obras sociales, las cuales hasta entonces tenían asegurada la afiliación de los trabajadores del rubro en virtud de que éstos carecían de la opción de aportar a otra obra social.

El primer intento de introducir modificaciones en el sistema de obras sociales se llevó a cabo por el decreto 9/93, que impuso entre otras medidas la "libre afiliación" a las obras sociales. Esta reforma contó con el consenso de los gremios más grandes, dado que se esperaba que el proceso de unificación beneficiara a las obras sociales de mayores recursos. Ese mismo año se reglamentaron las leyes 23.660 y 23.661 (sancionadas en 1988) mediante el decreto reglamentario 576/93, también haciendo hincapié en la libre afiliación.

No obstante, esta "opción" resultaba limitada. Sólo se habilitó la libertad de elección dentro de cada segmento (obras sociales de trabajadores y de dirigentes). Se protegió así a las creadas por las organizaciones de trabajadores de la competencia con las que agrupan a los empleados de mayor rango, que operan como una amenaza importante, debido a su perfil de capacidad técnica análogo a las empresas de medicina prepaga.

Empleando la lógica "eficientista" distintiva de la matriz ideológica neoliberal, los promotores de la reforma argumentaban que al tener las obras sociales la población "cautiva" se alimentaba la falta de incentivos para mejorar la calidad y cantidad de servicios brindados y para organizar una administración más eficiente de recursos. Se esperaba que un cierto grado de competencia estimulara a una mayor eficiencia y armonizara las distintas coberturas.

El decreto 9/93 estableció, además, la libertad de contratación entre organizaciones financiadoras y proveedores de atención y la obligatoriedad de las obras sociales de reintegrar al subsistema público el gasto generado por servicios brindados a sus beneficiarios.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Luego, en el año 1995, tienen lugar una serie de medidas complementarias tendientes a atenuar la desigualdades en el ingreso por beneficiario, que constituía una de las razones alegadas por la dirigencia sindical para oponerse al proceso de libre elección; el decreto 292/95 garantiza un aporte mínimo para la totalidad de las obras sociales que lo pagaría el Fondo Solidario de Redistribución regulado por la Ley 23.661. Además, en ese mismo año se pone en marcha la conformación del Programa Médico Obligatorio (PMO),

Dentro del subsistema público<sup>6</sup>, se inició nuevamente un movimiento de transferencia de hospitales a las jurisdicciones provinciales (que ya se había iniciado en los años cincuenta y profundizado en los setenta, ambos durante el imperio de gobiernos militares). Esta práctica se retoma destacándose – por parte del Poder Ejecutivo - que tales transferencias se realizaban como respuesta a la mayor dotación de recursos financieros que recibirían las provincias con el régimen de coparticipación federal, recientemente impuesto. Fue el decreto 578/93 el que puso en marcha tal traslado, creando el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. Además, impuso la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por todas aquellas personas beneficiarias de obras sociales, mutuales o prepagas, la posibilidad de cobrar por servicios prestados, la descentralización administrativa de estos hospitales y la auto-administración de ingresos extrapresupuestarios.

El plan de reforma se completa con la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (por decreto N° 1615/96) en la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social (hoy Ministerio de Salud), ente que supone la fusión de tres organismos: la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). La Superintendencia de Seguro de Salud (SSS) resultó encargada de fiscalizar el cumplimiento de los programas nacionales de salud, el régimen de obras sociales y los hospitales públicos de autogestión. Se trata de un organismo descentralizado con personalidad jurídica y autarquía administrativa, económica y financiera, facultado para actuar como ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Este esquema de reforma de los años noventa pretendió instaurar un sistema ordenado según la supuesta neutralidad mercantil de la oferta y la demanda de cobertura, “libremente” vinculado al de oferta y demanda de servicios de atención. Los esquemas solidarios se consideraban adecuados *sólo* para compensar los riesgos de aquellos individuos más desfavorecidos: aquellos que, en los márgenes del mercado, carecían de cobertura.

Al desencadenarse la crisis social y económica en diciembre de 2001, no tardó en llegar la Emergencia Sanitaria declarada por el Decreto N° 486/2002<sup>7</sup>, que ha sido

---

convocándose a una comisión encargada de definir las prestaciones básicas que debería brindar cada obra social. En general pocos efectos prácticos resultaron de las reformas, ya que no se logró atenuar las desigualdades de recursos y coberturas entre obras sociales y el PMO asumió la forma de un listado de prestaciones que las obras sociales ya brindaban sin garantizar acceso alguno a mejores coberturas.

<sup>6</sup> Los distintos subsistemas se desarrollaron más adelante.

<sup>7</sup> Por art. 1° de la Ley N° 26.729 (B.O. 28/12/2011) se prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2013 la vigencia del mencionado Decreto. Vigencia: a partir del 1° de enero de 2012.

prorrogado en su vigencia hasta la actualidad. En los considerandos del referido instrumento legal se destaca:

*“Que los principios básicos de equidad y justicia social exigen que los sacrificios implícitos en las medidas que se adoptan por el presente Decreto alcancen y sean compartidos adecuadamente por todos los sectores involucrados, adoptando las medidas que tiendan a evitar el detrimento patrimonial de los actores del Sistema de Salud.”*

A su vez, en su artículo primero se destaca la necesidad de “*garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud*”. Además, por Resolución N° 201/2002 se aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y se dispone que tendrá vigencia mientras dure la Emergencia Sanitaria.

Como se puede observar, el paso de las prestaciones *integrales, universales e igualitarias* perseguidas por la Ley de Seguro de Salud a la garantía de servicios *básicos* de salud impuesta por la emergencia sanitaria ha implicado un cambio de paradigma notable. Como consecuencia de ello, enfrentamos actualmente un sistema desordenado, heterogéneo, ineficaz, ineficiente y con escasas probabilidades de brindar una atención integral y universal adecuada para satisfacer el derecho a la salud<sup>8</sup> de la población argentina.

Actualmente, y según datos del último censo nacional (2010), alrededor de 14 millones de habitantes no poseen cobertura médica en nuestro país y por ello deben recurrir al sistema público que posee las debilidades que detallamos.

---

<sup>8</sup> Derecho incorporado expresamente a nuestro derecho constitucional en la reforma constitucional del año 1994, en el art. 75, inciso 22 que otorga jerarquía constitucional a determinados tratados y pactos referidos a derechos humanos; y en el art. 41.

Cuadro I: Total del país. Población en viviendas particulares por cobertura de salud y sexo, según provincia o jurisdicción. Año 2010.

Provincia / Jurisdicción	Población en viviendas particulares	Cobertura de salud			
		Sí		No	
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
<b>Total del país</b>	<b>39.671.131</b>	<b>11.992.218</b>	<b>13.364.231</b>	<b>7.283.999</b>	<b>7.030.683</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.830.816	1.055.318	1.275.436	248.797	251.265
Buenos Aires 24 partidos del Gran Buenos Aires	15.482.751	4.760.890	5.245.951	2.764.384	2.711.526
Interior de la provincia de Buenos Aires	9.863.045	2.899.377	3.179.870	1.890.035	1.893.763
Catamarca	362.307	106.409	114.180	72.112	69.606
Chaco	1.048.036	205.537	235.382	309.847	297.270
Chubut	498.143	176.348	185.828	71.487	64.480
Córdoba	3.256.521	1.028.576	1.156.906	548.181	522.858
Corrientes	985.130	238.275	270.334	242.263	234.258
Entre Ríos	1.223.631	371.188	415.314	226.360	210.769
Formosa	527.023	108.092	119.113	152.218	147.600
Jujuy	666.852	175.795	189.344	150.155	151.558
La Pampa	315.110	101.798	111.586	53.804	47.922
La Rioja	331.674	99.083	106.118	64.806	61.667
Mendoza	1.721.285	511.707	573.213	324.990	311.375
Misiones	1.091.318	296.307	319.046	245.144	230.821
Neuquén	541.816	170.263	183.379	97.405	90.769
Río Negro	626.766	197.570	213.438	112.272	103.486
Salta	1.202.754	300.201	329.834	289.762	282.957
San Juan	673.297	175.844	201.349	151.342	144.762
San Luis	428.406	122.924	135.644	88.391	81.447
Santa Cruz	261.993	108.747	108.857	24.131	20.258
Santa Fe	3.164.038	1.021.753	1.139.140	510.968	492.177
Santiago del Estero	867.779	178.017	204.329	251.031	234.402
Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur	123.117	48.573	48.075	13.943	12.526
Tucumán	1.440.568	433.003	482.435	270.206	254.924

**Nota:** se incluye a las personas viviendo en situación de calle.

Las Islas Malvinas, Georgias del Sur, Sandwich del Sur y los espacios marítimos circundantes forman parte integrante del territorio nacional argentino. Debido a que dichos territorios se encuentran sometidos a la ocupación ilegal del REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA e IRLANDA DEL NORTE, la REPÚBLICA ARGENTINA se ve impedida de llevar a cabo el Censo 2010 en esa área.

Los datos que aquí se publican surgen del cuestionario ampliado, que se aplicó a una parte de la población. Los

valores obtenidos son estimaciones de una muestra y por tanto contemplan el llamado “error muestral”.

Para que los usuarios puedan evaluar la precisión de cada una de estas estimaciones se presenta en el Anexo Metodológico una Tabla de Errores Muestrales, junto a ejemplos de cómo debe ser utilizada.

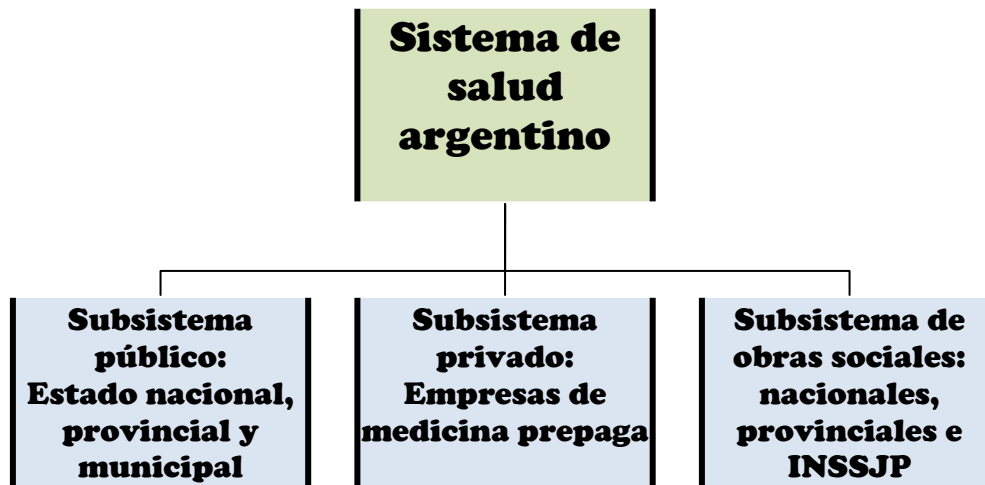
**Fuente:** INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

## II.- FUNCIONAMIENTO Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.

El sistema de salud argentino se encuentra dividido en tres subsistemas:

- 1- El *subsistema de las obras sociales*: compuesto por las obras sociales nacionales, provinciales y el INSSJP<sup>9</sup>.
- 2- El *subsistema público* de salud: compuesto por tres niveles de gestión Nación, Provincias y Municipios; provee de cobertura a la población sin obra social.
- 3- El *subsistema privado* de salud: compuesto por las entidades privadas prestadoras de servicios de salud como ser empresas de medicina prepagas.

### Grafico I.



La articulación y coordinación de estos subsistemas es tarea del Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>9</sup> Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. PAMI (Programa de Atención Médica Integral)

El *Subsistema de Obras Sociales* (Provinciales y Nacionales) adquiere gran relevancia por la cantidad de población que accede a cobertura de salud a través del mismo, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro II: Total del país. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad. Año 2010

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra Social <sup>(1)</sup>	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
<b>Total</b>	<b>39.671.131</b>	<b>18.410.964</b>	<b>4.192.827</b>	<b>2.029.716</b>	<b>722.942</b>	<b>14.314.682</b>
0-4	3.326.197	1.233.328	361.540	143.378	107.171	1.480.780
5-9	3.378.126	1.342.347	363.578	137.332	75.572	1.459.297
10-14	3.488.515	1.416.370	339.999	129.597	71.223	1.531.326
15-19	3.518.730	1.413.161	319.797	129.805	63.684	1.592.283
20-24	3.256.270	1.141.539	314.262	151.002	46.645	1.602.822
25-29	3.085.891	1.170.277	380.860	172.277	42.280	1.320.197
30-34	3.064.450	1.285.429	424.655	176.582	43.424	1.134.360
35-39	2.642.934	1.156.257	368.020	159.911	40.051	918.695
40-44	2.285.230	1.036.730	296.772	138.989	39.408	773.331
45-49	2.175.900	1.015.691	267.366	136.784	42.078	713.981
50-54	2.020.040	937.752	238.457	141.364	42.258	660.209
55-59	1.842.677	881.662	205.463	138.973	40.920	575.659
60-64	1.607.139	977.177	138.632	108.985	29.253	353.092
65-69	1.273.386	1.032.993	66.726	61.396	13.463	98.808
70-74	999.265	866.650	42.436	39.911	8.743	41.525
75-79	775.667	679.644	30.362	27.802	7.822	30.037
80 y más	930.714	823.957	33.902	35.628	8.947	28.280

<sup>(1)</sup> Incluye PAMI.

**Nota:** se incluye a las personas viviendo en situación de calle.

**Fuente:** INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

<sup>(1)</sup> Incluye PAMI.

Estas entidades se encuentran reguladas por la Ley N° 23.660 que establece que serán obligatoriamente incluidos como beneficiarios:

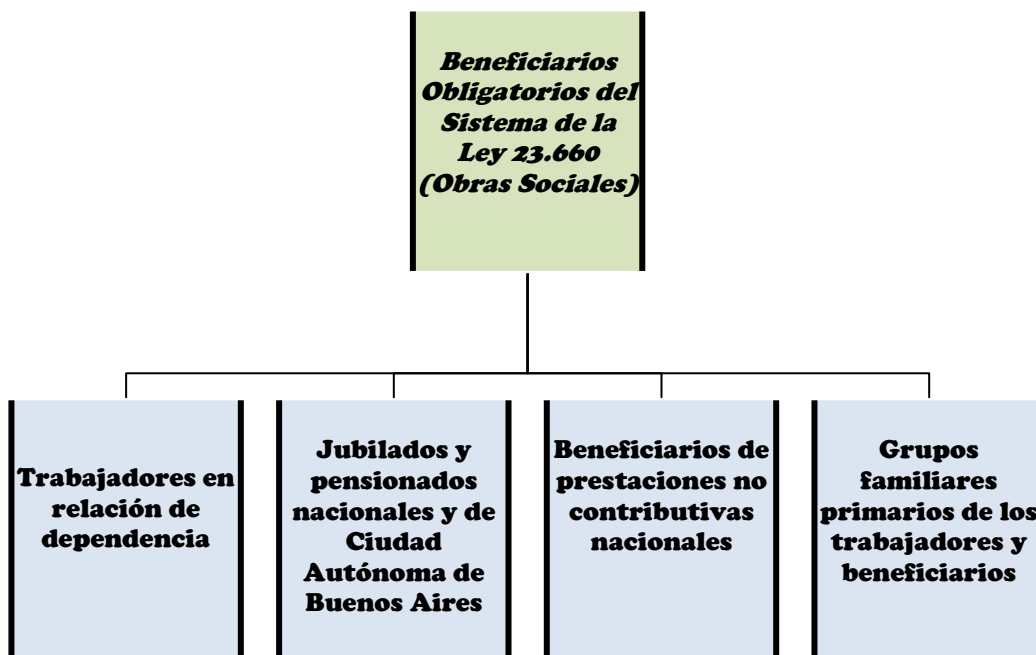
a) Los trabajadores en relación de dependencia (privados y públicos del Estado Nacional y Ciudad de Buenos Aires)

b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;

c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

d) Los grupos familiares primarios<sup>10</sup> de los trabajadores y beneficiarios previsionales.

**Grafico II.**



Asimismo, las obras sociales deberán destinar sus recursos en forma prioritaria a brindar prestaciones de salud a sus afiliados, es por ello se que encuentran obligadas a destinar el 80% de sus fondos a este tipo de prestaciones.

El sostenimiento económico de estas entidades se garantiza a través de aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores; la ley estipula:

<sup>10</sup> “...Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan.” (Art. 4, Ley 23.660)



“... a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al cinco por ciento (5%) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia; b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el artículo 9 último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1.5%) de su remuneración; (...) Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por leyes, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares.” (Art. 15, Ley 23.660)

A tales efectos, los empleadores son agentes de retención y deberán retener y depositar en el período establecido en la ley los aportes y contribuciones detallados.<sup>11</sup>

Para tratar de subsanar el problema de la desigualdad de recursos entre las distintas obras sociales, se recurre al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) creado por la Ley Nacional del Seguro de Salud (Ley N° 23.661). Éste tiene como principal objeto constituirse en un mecanismo de apoyo financiero a las Obras Sociales para la cobertura de prestaciones médicas especiales de baja incidencia y alto impacto económico. Además se propone brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas a la Ley del Seguro Nacional de Salud, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos.

El FSR se encuentra integrado principalmente por los siguientes recursos<sup>12</sup>:

---

<sup>11</sup> “Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener -al personal a su cargo-, dentro de los quince (15) días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración: a) A la orden de la Obra Social que corresponda, el NOVENTA POR CIENTO (90%) de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive, y del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) cuando dichas remuneraciones superen los PESOS UN MIL (\$ 1.000.-). Para el caso de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, dicho porcentaje será del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%) cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta PESOS UN MIL (\$ 1.000.-) inclusive, y del OCHENTA POR CIENTO (80%) cuando superen ese tope; (Inciso sustituido por art. 21 del Decreto Nacional N° 486/2002 B.O. 13/2/2002); b) Conforme los niveles remunerativos mencionados, el DIEZ POR CIENTO (10%) o el QUINCE POR CIENTO (15%), respectivamente, de la suma de la contribución y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de esta Ley, y cuando se trate de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, el QUINCE POR CIENTO (15%) o el VEINTE POR CIENTO (20%), respectivamente, de la suma a depositarse se destinarán al Fondo Solidario de Redistribución, a la orden de las cuentas recaudadoras que determine la reglamentación. (Inciso sustituido por art. 21 del Decreto Nacional N° 486/2002 B.O. 13/2/2002); c) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16, a la orden de la obra social correspondiente; d) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza que prevé la presente ley en su artículo 16 a la orden de la ANSSAL, en los mismos términos que los indicados en el inciso b) precedente; e) Cuando las modalidades de la actividad laboral lo hagan conveniente, la autoridad de aplicación podrá constituir a entidades en agentes de retención de contribuciones y aportes calculados sobre la producción, que equivalgan y reemplacen a los calculados sobre el salario, a cuyo efecto aprobará los convenios de corresponsabilidad suscriptos entre dichas entidades y las respectivas obras sociales.” (Art. 19, Ley 23.660)

<sup>12</sup> “En el ámbito de la ANSSAL funcionará, bajo su administración y como cuenta especial, un Fondo Solidario de Redistribución que se integrará con los siguientes recursos: a) El diez por ciento (10%) de la suma de las contribuciones y aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales. Para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del quince por ciento (15%) de dicha



1. El diez por ciento (10%) de la suma de las contribuciones y aportes que constituyen el fondo de las Obras Sociales. Para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del quince por ciento (15%) de dicha suma de contribuciones y aportes;
2. El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza a que se refiere la última parte del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales;

Originariamente el fondo era administrado por la ANSSAL<sup>13</sup>; luego por Decreto N° 1615/96<sup>14</sup> se crea la Superintendencia de Servicios de Salud, absorbiendo a la ANSSAL.

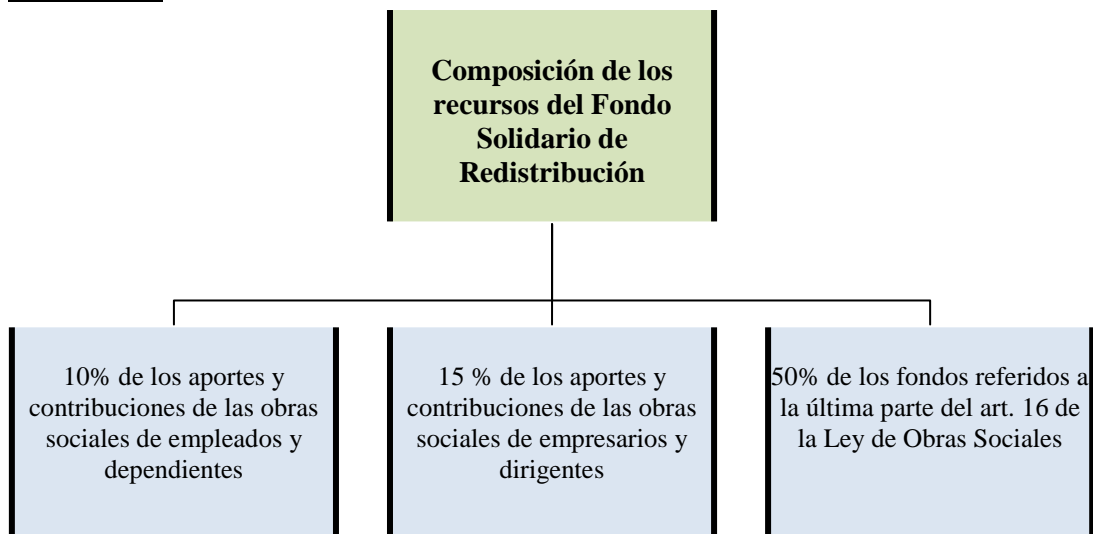
---

*suma de contribuciones y aportes; b) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza a que se refiere la última parte del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales; c) Los reintegros de los préstamos a que se refiere el artículo 24 de la presente ley; d) Los montos reintegrados por apoyos financieros que se revoquen con más su actualización e intereses; e) El producido de las multas que se apliquen en virtud de la presente ley; f) Las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo; g) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al Fondo Solidario de Redistribución; h) Los aportes que se establezcan en el Presupuesto General de la Nación, según lo indicado en los incisos b) y c) del artículo 21 de la presente ley; i) Con el cinco por ciento (5%) de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; j) Los aportes que se convengan con las obras sociales de las jurisdicciones, con las asociaciones mutuales o de otra naturaleza que adhieran al sistema; k) Los saldos del Fondo de Redistribución creado por el artículo 13 de la ley 22.269, así como los créditos e importes adendados al mismo.” (Art. 22, Ley 23.661)*

<sup>13</sup> *“La recaudación y fiscalización de los aportes, contribuciones y recursos de otra naturaleza destinados al Fondo Solidario de Redistribución lo hará la ANSSAL directamente o a través de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, conforme a lo que determine la reglamentación, sin perjuicio de la intervención de organismos provinciales o municipales que correspondieren. En caso de que la recaudación se hiciera por la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, la ANSSAL podrá controlar y fiscalizar directamente a los obligados el cumplimiento del pago con el Fondo Solidario de Redistribución.” (Art. 23, Ley 23.661). “Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán destinados por la ANSSAL; a) Los establecidos en el inciso b) del artículo 21 de la presente ley, para brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 inciso b) de la presente ley; b) Los demás recursos: 1.- Para atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL con un límite de hasta el cinco por ciento (5%) que podrá ser elevado hasta el seis por ciento (6%) por decreto del Poder Ejecutivo, en cada período presupuestario, a propuesta fundada del directorio de la ANSSAL. 2.- Para su distribución automática entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70%), deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL, con el fin de subsidiar a aquéllos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria, según la reglamentación que establezca la ANSSAL. 3.- Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con las normas que la ANSSAL dicte al efecto. 4.- Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro. 5.- Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período, en las condiciones que dicte la ANSSAL y exclusivamente para ser aplicados al presupuesto de prestaciones de salud” (Art. 24, Ley 23.661)*

<sup>14</sup> *“Fusiónase en la jurisdicción del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL), creada por la Ley 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (INOS) creado por la Ley 18.610 y la DIRECCION NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (DINOS) creada por la Ley 23.660, constituyendo la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.” (Art. 1, Decreto 1615/96)*

**Grafico III.**



Como ya se mencionó, este último organismo funciona en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. Asimismo, el mismo decreto crea la Dirección de Programas Especiales<sup>15</sup> que será el órgano responsable de la administración del FSR (por disposición del Decreto 762/97) hasta la aparición del Decreto N° 1215/99, que regula la Administración de Programas Especiales (APE) que:

*“...tendrá por objeto la administración de los recursos correspondientes al Fondo Solidario de Redistribución creado por el artículo 22 de la Ley N° 23.661, de conformidad con el artículo 24 de la Ley citada y lo dispuesto por el artículo 24 de la Reglamentación aprobada por el Decreto N° 576/93 y sus modificatorios, manteniéndose el mecanismo de distribución automática fijado por el Decreto N° 492/95 y la aplicación de dichos recursos a los planes y programas de salud que correspondan a los beneficiarios del Sistema, de acuerdo a lo que establece el artículo 24, inciso b) de la mencionada Ley”*

Como se mencionó, el objetivo principal de la APE radica en satisfacer, en forma justa y equitativa, los pedidos realizados por las Obras Sociales a fin de financiar la

<sup>15</sup> “Créase la DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIALES en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL en jurisdicción de la SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD-SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FISCALIZACION-DIRECCION NACIONAL DE FISCALIZACION SANITARIA, la que tendrá a su cargo la implementación y la administración de los recursos afectados a los Planes y Programas de Salud destinados a los beneficiarios del sistema, conforme a la Ley 23.661, los que atenderá con las partidas presupuestarias que a tales fines le fueran asignadas a la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD. Se autoriza al Ministerio de Salud y Acción Social a transferir el personal que resulte necesario a tales fines.”

6 Art. 7°: “La DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIALES, dependiente de la SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FISCALIZACION de la SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, será el organismo responsable de la administración del Fondo Solidario de Redistribución-“. Creación del sistema unico de prestaciones para personas con discapacidad. SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Decreto 762/97” (Art. 10, Decreto 1615/96)

cobertura de estas prestaciones de alto impacto económico originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia.

Las Obras Sociales pueden realizar solicitudes para el apoyo económico –subsidios y/o reintegros - sobre las patologías que afecten a sus beneficiarios y que se encuentren contempladas dentro de lo que establecen las normativas vigentes de la APE.

Más tarde, por Decreto N° 366/12 se transfirió a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, la APE, como organismo desconcentrado, la que actúa a través de la Gerencia General de la Superintendencia.

Además, es de resaltar que en fecha 17/7/2012, por medio del Decreto 1198/2012 se decide que la Superintendencia de Salud absorba en su estructura organizativa a la APE; bajo los siguientes fundamentos:

*“ Que a fin de consolidar paulatinamente el proceso de reordenamiento que permita concretar las metas de racionalización y eficiencia en la gestión pública previstas en el Decreto precitado (Decreto 366/12), el PODER EJECUTIVO NACIONAL considera oportuno disponer la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro la estructura organizativa de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD reasumiendo objetivos, funciones y competencias atribuidas a aquel organismo por Decreto N° 53/98, a efectos de asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado.”*

El decreto establece también que la SSS debe presentar al Ministerio de Salud de la Nación, en el plazo de noventa días, la propuesta de estructura organizativa del organismo. Es importante destacar que el organismo que mencionamos no se disolvió, sino que fue absorbido por la SSS, por lo que continúa vigente.

Respecto a las obras sociales provinciales, organismos integrantes del subsistema que abordamos, en su mayoría agrupan a todos los empleados estatales de cada provincia y a los jubilados de cajas provinciales. Estos empleados y pasivos son afiliados obligatorios a la obra social. Son entidades que presentan un panorama heterogéneo en cuanto a su estado financiero; su fuente principal de ingresos está constituida por los aportes de sus afiliados y de las contribuciones del empleador. Estas entidades se encuentran bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud de cada provincia pero actúan en forma autónoma.

Por último, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados fue creado en el año 1971, por el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así,

se instrumentó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) que en la actualidad brinda sus servicios a la mayoría de los pasivos nacionales. El sistema obtiene recursos de impuestos sobre los salarios tanto de los trabajadores como de los beneficiarios del sistema de seguridad social.

En lo que respecta al *subsistema público*, las intervenciones en prestaciones de salud que abarca son: prestación de servicios por medio de hospitales públicos (la mayoría provinciales), diseño e implementación de programas de salud pública, y articulación de los distintos sistemas por medio de políticas públicas.<sup>16</sup>

El gasto en salud del gobierno nacional se centra en los hospitales nacionales que atienden patologías de alta complejidad y en la ejecución de programas.

Los *programas vigentes* en la actualidad en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, son los siguientes: Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles; Programa Médicos Comunitarios (atención primaria de la salud); Programa Nacional de Chagas; Programa Nacional de control del Tabaco; Programa Nacional de detección temprana de la enfermedad celíaca; Programa Nacional de Garantía de calidad de atención médica; Programa nacional de Prevención del cáncer cervicouterino; Programa salud y adolescencia; Programa nacional de salud sexual y procreación responsable; Programa Nacional de municipios y comunidades saludables; Programa ver (Salud ocular); Programa Remediar; Programa de sanidad escolar, Programa enfermedades zoonóticas, Programa para el fortalecimiento en atención primaria de salud y Programa cuidarse es salud.<sup>17</sup>

En lo que respecta a los *hospitales públicos* Nacionales, Provinciales y Municipales, los mismos operan a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). En términos formales, la Nación en la figura del Ministerio de Salud asume en la década de los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica, el rol del nivel central es muy acotado. Prácticamente no interviene en la política de salud nacional.

Como se expresó anteriormente, por medio de las disposiciones contenidas en el Decreto 578/93 se crea el Registro de hospitales de autogestión. Luego, por medio del decreto N° 939/2000, se crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada con el objetivo de “*tender hacia una reorganización de los mismos, de modo que el*

---

<sup>16</sup> La estructura federal de la Argentina es un elemento que torna compleja la generación y articulación de políticas nacionales, sobre todo en un contexto en el que la mayor parte del gasto en salud es ejecutado por las provincias.

<sup>17</sup> Fuente: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes>

*Hospital Público pueda hacer una asignación más adecuada y un uso más eficiente de sus recursos, destinándolos a las acciones de atención de la salud de primer, segundo y tercer nivel.” (Considerandos del decreto). Asimismo, se estipula que “Serán objetivos del presente régimen los siguientes: a) Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud. b) Fomentar una gestión eficiente y racional de la salud. c) Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura. d) Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos bajo el sostenimiento y consolidación de una concepción federal de la salud. e) Aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza de la facturación presentada.” (Art. 2, Decreto 939/2000). Además, estos hospitales deberán: “... a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud. b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto N° 455/00. c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia. d) Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad. e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.”*

La atención de la salud en las provincias se financia a través de los recursos que las éstas obtienen de la coparticipación federal<sup>18</sup> y a través de los impuestos que recaudan las mismas. No existen mecanismos redistributivos explícitos para ayudar a aquellas provincias cuyos sistemas de salud soportan una mayor carga, tal como ocurre en el sistema de Obras Sociales Nacionales. En términos formales esta función redistributiva debería ser cubierta por el sistema de Coparticipación Federal de Impuestos, pero la regla de la distribución de recursos del mismo no sigue ningún parámetro relacionado con aspectos sociales o perfiles de salud de la población de cada provincia. Los únicos recursos de asignación específica que reciben las provincias del gobierno nacional son las transferencias para fines

---

<sup>18</sup> “El HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente Régimen” (Art. 11, Decreto 939/2000). “Los ingresos que perciba el HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA en concepto de prestaciones facturadas a terceros pagadores serán administrados directamente por él mismo, debiendo establecer la autoridad jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre: a) Un Fondo de Redistribución Solidaria que deberá privilegiar, al momento de la asignación de los recursos, el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que tomen como referencia lo establecido en el Decreto N° 455/00; b) Un Fondo para Inversiones, Funcionamiento y Mantenimiento del hospital administrado por las autoridades del establecimiento; c) Un Fondo para Distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento”; (Art. 13, Decreto 939/2000). “El Fondo de Redistribución Solidaria deberá privilegiar al momento de la asignación de los recursos el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todo ello sobre la base de la atención primaria de la salud y la estrategia de médicos de cabecera. La base geográfica del servicio deberá fundamentarse en el concepto de área programa.” (Artículo 14, Decreto 939/2000).

específicos que realiza el gobierno nacional por medio de alguno de sus programas. Estas transferencias pasan por fuera del sistema de coparticipación federal y poseen su propia regla de distribución entre cada una de las jurisdicciones.

Para evitar confusiones, debemos aclarar que si bien en determinadas ocasiones fondos provenientes del erario público pueden ser utilizados por agentes de uno de los otros subsistemas, esto no implica una confusión entre los mismos. Es decir, a pesar de estas “intromisiones”, el sistema de salud argentino continúa estructurado como explicamos. Un ejemplo en este sentido podría ser la tercerización realizada por el estado a prestadores privados para dar respuesta a las necesidades de las PCD que no tienen obra social.

En cuanto al **subsistema privado** de salud en su carácter de asegurador o prestador de servicios de salud, cabe destacar que ha sido históricamente poco regulado. A fines de 1996 se promulga la Ley 24.754 que estableció que *“A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas “prestaciones obligatorias” dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.”* (Art. 1).

Recién en el año 2011 se regula el funcionamiento completo de estas entidades privadas que prestan servicios de salud a través de la Ley de Medicina Prepaga N° 26.682, que estipula que deberán:

*“...cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias. (...) Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en: a) Servicios odontológicos exclusivamente; b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas; c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil. La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la presente ley. Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación. En todos los planes de cobertura médico asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas...”* (Art. 7, Ley 26.682)

**En síntesis:** como se explicó, el Sistema de Salud Argentino se encuentra subdividido en tres subsistemas, siendo las obras sociales agentes protagonistas; a su vez, cada subsistema posee formas de funcionamiento y financiamiento propias aunque articuladas con el sistema en general.



### III.- LA COBERTURA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ARGENTINA Y EL FINANCIAMIENTO DE SUS PRESTACIONES.

Luego de detallar y explicar el funcionamiento del sistema de salud argentino y el modo en que se financia, podemos proceder a profundizar el análisis de las políticas para personas con discapacidad. Destacándose en particular el mecanismo utilizado en nuestro país para financiar las prestaciones, así como también su articulación o vinculación con el sistema general de salud ya descripto.

En nuestro país el marco jurídico que regula las prestaciones para personas con discapacidad esta dado por las siguientes normas: a) la Ley 22.431 (Sistema de protección integral de los discapacitados), b) la Ley 24.901 (Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad) y c) la Resolución 400/99 (Sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad).

a) La *Ley 22431*, sancionada durante el gobierno de facto en el año 1981, fue una de las primeras normas en regular prestaciones para personas con discapacidad. En su artículo 4 establece que:

*“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: a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada. b) Formación laboral o profesional. c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual. d) Regímenes diferenciales de seguridad social. e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común. f) Orientación o promoción individual, familiar y social.”*

Esta norma considera persona con discapacidad “a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (Art. 2).

A los efectos de acceder a todas estas prestaciones resulta necesario adquirir el certificado único de discapacidad otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación, organismo encargado de verificar la existencia de discapacidad, su naturaleza, su grado y las posibilidades de rehabilitación.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> “El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley.” (Art. 3, Ley N°22.431)

Esta norma focaliza su atención en las personas sin cobertura. Es por ello que la financiación de la mayoría de las prestaciones se da a través del sistema público, canalizándolas especialmente por los hospitales públicos. Tal es así que en su artículo 6 se destaca que:

*“El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación pondrá en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Promoverá también la creación de talleres protegidos terapéuticos y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.”*

Cabe destacarse que hacia el año de sanción de la ley que se comenta casi la totalidad de los hospitales ya había sido transferida a las órbitas provinciales.<sup>20</sup>

Más tarde, ya en la década del noventa, comienza a instaurarse un “sistema de prestaciones básicas” (en consonancia con lo sucedido en el sistema general de salud), en contraste con el sistema de protección integral que pretendió la norma citada (ver el mencionado artículo 4). En el marco de las transformaciones de esta década, las prestaciones por discapacidad comienzan a regularse en el mercado. Tal situación profundizó las desigualdades entre personas con cobertura y personas carentes de cobertura.

b) En este contexto surge la Ley N° 24.901 del año 1997, que establece un sistema de prestaciones básicas e incorpora como principales agentes encargados de brindarlas a las Obras Sociales (en el caso de la población cubierta):

*“Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1° 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.” (Art. 2).*

En cuanto al paradigma utilizado para entender la discapacidad la norma no varía la concepción medicalista vigente (sólo modifica el lenguaje utilizado recurriendo a la terminología “personas con discapacidad”). En relación a la universalización de las prestaciones, esta norma profundiza la desigualdad existente “creando las bases para segmentar y excluir a los sectores más desprotegidos...”<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Art. 27: “El Poder Ejecutivo nacional propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente ley...” (Ley N° 22.431)

<sup>21</sup> ACUÑA, Carlos H y BULIT GOÑI, Luis G. (compiladores) “Políticas sobre la discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos”. Ed. Siglo XXI. 2010



Las prestaciones garantizadas por esta norma son de tipo preventivo, de rehabilitación, terapéutico-educativas, educativas y asistenciales. Se definen enunciativamente los servicios específicos que integran las prestaciones pero las normas reglamentarias (Decreto 1193/98) son las encargadas de darle contenido a las mismas.

A su vez, la Resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social define el nomenclador que termina por determinar el contenido concreto de las prestaciones y los aranceles.

c) Por último, la Resolución N° 400/99 establece el marco normativo a tener en cuenta en oportunidad de requerir apoyos del FSR. En sus considerandos se menciona:

*“Que los apoyos financieros que se otorgan a los Agentes del Seguro de Salud para brindar prestaciones a los beneficiarios del régimen de las leyes 23.660 y 23.661 provienen prioritariamente del Fondo Solidario de Redistribución sujeto a las disponibilidades presupuestarias, por lo que corresponde predeterminar las condiciones generales de su otorgamiento a fin de procurar una eficiente, adecuada, equitativa y oportuna aplicación de tales recursos.”<sup>22</sup>*

El mecanismo de reintegro para las obras sociales es de tipo centralizado y se encuentra, según lo dispuesto por esta misma Resolución, a cargo de la Administración de Programas Especiales (APE)<sup>23</sup>. De acuerdo al último Informe disponible<sup>24</sup> realizado en base a la información compilada por el organismo, se advierte que **la APE realizó el reintegro por prestaciones de discapacidad ascendiendo los mismos a 29.165, lo que representa el 24,7% del total de los reintegros pagados**. El resto de los reintegros refieren a prestaciones relativas a VIH 42.166 -35,8%- , a Alta Complejidad 32.405 -27,5 %-, a Medicación 12.182 -10,3%- y a Drogadependencia 1.947 -1,7%.

En síntesis: dentro del sub-sistema de salud público la ley 22.431 financia las prestaciones de aquellas personas sin cobertura de obra social y sin recursos. Por el

---

<sup>22</sup> En el Anexo I apartado IV, se deja expresamente aclarado que: “la Obra Social reconoce que el apoyo financiero peticionado, no es obligatorio para la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto la Obra Social haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor de la Obra Social... la Obra Social reconoce que es la única obligada frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, de toda responsabilidad, incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa de la Obra Social (nombre de la Obra Social)... la Obra Social asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores”

<sup>23</sup> Ver página 17.

<sup>24</sup> Se encuentra pendiente aquí la respuesta definitiva a una solicitud formulada ante el organismo en relación con los montos actualizados de reintegros por prestaciones para discapacidad durante el ejercicio 2011, a cargo de Claudia Simonutti, titular del área de Coordinación de Programas Especiales de la APE.

contrario, dentro del sub-sistema de seguridad social, la ley 24.901 establece que las obras sociales deberán hacerse cargo de la totalidad de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad dentro de sus organismos. Dentro de este mismo sub-sistema el FSR se encarga de reintegrar a las obras sociales estas prestaciones (parcialmente).

### Ley de cheques

Ahora bien, por fuera del financiamiento antes descripto que cubre las prestaciones de la PCD a través de normas y asignaciones generales que se desprenden del sistema de salud, encontramos como primera asignación específica aquella que surge de la llamada Ley de Cheques. Esta asignación es la primera en el diseño institucional argentino que escapa al sistema de salud.

La Ley de Cheques (Ley 24.452, sancionada en 1995), en su artículo 7<sup>25</sup> prevé que las multas que surjan de la violación de algunas de las disposiciones que ella contempla, serán destinadas y transferidas automáticamente al Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados, por la autoridad de aplicación -Banco Central de la República Argentina-. Aquél destinará los fondos exclusivamente al financiamiento de programas de atención integral para las personas con discapacidad.

A los fines de reglamentar y dotar de funcionamiento la transferencia de los fondos provenientes de las multas que se establecen en la Ley de Cheques, se crea mediante Decreto 153/96 el Comité Coordinador De Programas Para Personas Con Discapacidad. Las acciones de este comité serán: evaluar, seleccionar, establecer prioridades y aprobar los programas y proyectos, asignar y controlar la aplicación de los fondos (artículo 3).

Es a partir de la promulgación de este Decreto que los Fondos previstos por la Ley de Cheques comenzaron a ser destinados integralmente a los programas que el Comité aprobaba, mientras que los que se encontraban en vías de ejecución continuarían financiados como hasta ese momento. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados deberá destinar los fondos recaudados por dicho concepto al Comité para la realización de los objetivos propuestos.

---

<sup>25</sup> “Los fondos que recaude el Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas previstas en la presente ley, serán transferidos automáticamente al Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados, creado por ley 19.032. El instituto destinará los fondos exclusivamente al financiamiento de programas de atención integral para las personas con discapacidad descripto en el Anexo II que forma parte del presente artículo.” (Art. 7. Ley 24.452).

La regulación de este sistema estuvo sujeta a considerables variaciones. Con el dictado de la Ley N° 25.413, en 2001, se eliminan las multas mencionadas y el Comité es suprimido<sup>26</sup>.

Más tarde, con el dictado de la Ley n° 25.730 de 2003, y su Decreto reglamentario 1277, se reestablecen las “... *sanciones para los libradores de cheques rechazados por falta de fondos o sin autorización para girar en descubierto o por defectos formales. Establécese como destino de los fondos recaudados a los Programas y Proyectos a favor de las personas con discapacidad*”, estableciendo multas del 4% del valor del cheque (cuyos montos serán desde \$100 hasta \$ 50.000)<sup>27</sup>.

Dichos montos serán destinados íntegramente a la implementación de programas y proyectos a favor de personas con discapacidad, los que serán administrados por el Comité creado por el Decreto 153/96 con las modificaciones del Decreto 1277/2003.<sup>28</sup>

Con lo recaudado de las multas mencionadas se conforma el Fondo Nacional Para La Integración De Personas Con Discapacidad.

Este fondo constituye un hito de suma importancia simbólica, más allá de su papel práctico en el financiamiento de diversos programas vinculados al tratamiento de la problemática social de la discapacidad,. Se presenta como un primer atisbo de autonomía presupuestaria de las políticas de estado orientadas a las personas con discapacidad, independiente de los recursos generales asignados a la salud pública.

Además del monto de las multas, el Fondo se constituye con los siguientes aportes:

- a) Con los legados y/o donaciones de personas y/o instituciones privadas nacionales o extranjeras;
- b) Con los fondos provenientes de organismos internacionales, tanto públicos

---

<sup>26</sup> “Derógase el último párrafo del artículo 2°, y los párrafos segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto del artículo 62 del Anexo I aprobado por el artículo 1° de la ley 24.452, textos según leyes 24.760 y 25.300. A partir de la vigencia de la presente ley, el Banco Central de la República Argentina no podrá establecer sanción alguna a los cuentacorrentistas, en particular de inhabilitación, por el libramiento de cheques comunes o de pago diferido sin fondos, así como por la falta de registración de cheques de pago diferido. La Base de Datos de Cuentacorrentistas Inhabilitados que administra actualmente el Banco Central de la República Argentina queda sin efecto a partir de la vigencia de la presente ley, por lo que las inhabilitaciones allí registradas a la fecha, caducarán en forma automática y no tendrán efecto alguno a partir de la vigencia de la presente ley. El Poder Ejecutivo nacional, deberá incluir anualmente en los proyectos de ley de presupuesto los recursos necesarios para la atención de los discapacitados, como mínimo en los niveles previstos en la ley de Presupuesto Nacional del año 2001” (Art. 10, Ley 25413).

<sup>27</sup> Las causales de rechazo de cheques presentados al cobro son la insuficiencia de fondos disponibles y/o falta de autorización para girar en descubierto, los defectos formales (por ejemplo, difiere en forma manifiesta la firma del librador) y otros motivos (como la denuncia de extravío o sustracción de chequera). Los casos no susceptibles de rechazo son los vinculados con situaciones como cantidad escrita en letras no correspondiente a la escrita en números, omisión de lugar de creación, endosos tachados o informales, siempre que no impliquen una cadena de endosos irregular, faltas de ortografía y cheques emitidos con anterioridad a la fecha de cierre de la cuenta. Por último, las causales de no registración de cheques de pago diferido presentados a registro son los defectos formales no corregidos o que contengan endosos que excedan los límites permitidos.

<sup>28</sup> “Los fondos que recaude el Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas previstas en la presente ley serán destinados para la aplicación de los programas y proyectos a favor de las personas con discapacidad, que será administrado por el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad, creado por decreto del Poder Ejecutivo nacional 153/96 y sus modificatorias. Dichos fondos serán aplicados en los programas proyectos citados, conjuntamente con los recursos previstos en el artículo 10 de la ley 25.413.” (Art. 3, Ley 25.730)

como privados; c) Con los fondos recaudados por aplicación de la Ley 24.452 por asignaciones de recursos no utilizados, o de planes que hubieran caducado, o que hubieran sido cancelados, o con devoluciones de recursos que hubieran sido adjudicados en exceso por cualquier causa; d) Con los demás fondos que las leyes especiales destinaren al mismo.

En el artículo 4 se enuncian algunos de los posibles destinos de estos fondos. Como lo aclara la propia disposición, no se trata de una enumeración cerrada, aunque se mencionan expresamente: a) Programas destinados a la implementación de la Ley N° 24.901, Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad; b) Programas destinados a favorecer *la autonomía* de las personas con discapacidad; c) Programas que favorezcan la prevención de deficiencias y discapacidades, detección precoz y atención temprana; d) Programas de accesibilidad al medio físico y comunicacional; e) Programas alternativos de contención social; f) Programas de promoción de la educación integrada en todos los niveles; g) Programas de inserción laboral en el ámbito protegido y abierto; h) Programas que favorezcan la integración y participación de las personas con discapacidad en las actividades artísticas, recreativas y deportivas; i) Programas de incentivo a la investigación y desarrollo sobre la temática de la discapacidad; j) Programas destinados a compensar, mientras dure la emergencia, los incrementos en las prestaciones que se financian de acuerdo a lo establecido en el artículo 7°, incisos a), b) y e) de la Ley 24.901; k) Programas de apoyo a centros y servicios de rehabilitación; l) Programas de atención a la situación de emergencia crítica de las personas con discapacidad; m) Programas de transporte institucional; n) Programas de promoción del asociacionismo de personas con discapacidad<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> En relación a los específicos fondos que se manejan dentro de esta dimensión del sistema, cabe destacar que con fecha 20 de mayo de 2004 el Consejo Federal de Discapacidad - CO.FE.DI. – se presentó ante el Poder Judicial de la Nación a fin de solicitar se investigue el destino dado a los fondos previstos en los artículos 1° y 3° de la Ley 25.730, cuyo fin exclusivo y excluyente lo constituye el subvencionar programas y proyectos para personas con discapacidad, dentro del período comprendido entre la vigencia de la Ley 25.730 y el 8 de enero de 2004 (conforme al artículo 6° del Decreto 1085/03).

A interpretación del CO.FE.DI., el B.C.R.A. debió cumplir con lo dispuesto por el Decreto 1277 en cuanto al cobro de multas, mientras que el Banco Central de la República Argentina sostuvo que dicho Decreto no lo facultaba para tal cometido, hecho que consideró superado con el dictado del Decreto 1085, a partir del cual procedió a modificar la Reglamentación de la Cuenta Corriente - situación publicada en el Boletín Oficial el 15 de enero de 2004 -.

Luego de la presentación efectuada conforme en lo señalado en el párrafo precedente, se realizaron diversas diligencias procesales entre las cuales se solicitó al Banco Central de la República Argentina que informe al Tribunal actuante el monto cobrado por las entidades financieras durante el período comprendido entre abril de 2003 y enero de 2004 según lo establecido por la Ley 25.730, la suma informada fue \$ 17.598.170,41.-. Con fecha 16 de mayo de 2005 el Juez interviniente en la causa notificó al Señor Presidente del B.C.R.A. el decisorio dictado. En él manifiesta: “XIII.- Conforme lo expuesto y siendo el Poder Judicial el último intérprete de las leyes por intermedio de sus Magistrados, es que considero que la multa que impone la Ley 25.730 en su art. 1°, entró en vigencia de conformidad a lo que dispone el art. 2 del Código Civil, esto es, transcurridos 8 días de publicada la misma en el Boletín Oficial. Consecuentemente, considero que las multas que han retenido las entidades bancarias lo fueron al amparo y en cumplimiento de las leyes vigentes. Sin

Ahora bien, resulta dificultoso acceder a la información cuantitativa actualizada sobre este Fondo. Por ejemplo, en lo que respecta al presente informe, luego de numerosas solicitudes y comunicaciones de diversa índole con funcionarios del Banco Central de la República Argentina, se nos informó que los datos relativos al monto total obtenido de las multas por cheques rebotados no podían darse a conocer por constituir “*secreto bancario*”.

Esto es relevante porque los datos numéricos que provee el BCRA en los documentos producidos por la Superintendencia de Entidades Financieras detallan y desagregan mensualmente la cantidad de cheques rebotados, su monto total, la cantidad de personas con cheques rechazados y la cantidad de personas inhibidas. Por ejemplo, para el año 2011 se registraron 901.338 cheques rechazados, por un monto total de \$5.625.972.050 en virtud de operaciones irregulares realizadas por 293.709 personas, de las cuales 30.269 resultaron inhabilitadas. *Pero en estas estadísticas no se exhibe el monto concreto de lo recaudado en virtud de multas, siendo ese monto aquel con el que se financia el Fondo.*

Como vías alternativas de acceso a esta información intentamos un pedido de información en la Honorable Cámara de Diputados, en relación con el Expediente 6767-D-2010 constituido por un pedido de informes sobre los montos transferidos y su ejecución, realizado por los diputados del Peronismo Federal (San Luis) Pérez, Bianchi, Videla y Panza, y la correspondiente contestación del Jefe de Gabinete de Ministros. A la fecha la contestación a dicho pedido se halla pendiente.

No obstante, pudimos finalmente obtener la información sobre el monto pertinente mediante un pedido de acceso a la información pública presentado ante CONADIS. En contestación se nos indicó que **para el ejercicio 2011 (Decisión Administrativa N°1, Presupuesto Nacional), con Fuente de Financiamiento 13 (recursos de afectación específica), el monto total ejecutado por ley de cheques para prestaciones para personas con discapacidad fue de \$72.661.000.**

---

perjuicio de ello, también considero que la interpretación opuesta que efectúa el B.C.R.A. no importa la comisión de delito alguno, toda vez que la confusa redacción del art. 6° del Decreto 1085/03 es el sustento de la postura que adopta dicha entidad. Es por lo expuesto, que los fondos retenidos con anterioridad al 8 de enero de 2004 por las entidades bancarias, que se encuentran depositados en cuentas contables de cada una de las instituciones, debe ser transferido al B.C.R.A. para que éste lo destine al Fondo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad.” En consecuencia el juez resolvió disponer el archivo de las actuaciones en virtud de lo establecido por el art. 195 del C.P.P.N. y hacer saber a las autoridades del B.C.R.A. lo dispuesto, a efectos de que se arbitren los medios necesarios para que se proceda conforme lo señalado, de acuerdo a las disposiciones de la Ley 25.730 y sus decretos reglamentarios y a las autoridades del CO.FE.DI.

Con fecha 21/06/05 el Banco Central de la República Argentina transfirió finalmente **la suma de \$ 17.514.083,14.-** monto que surge neto del valor informado oportunamente al Tribunal menos las rectificaciones presentadas por dos entidades financieras, más los montos adicionales informados por otras tres entidades. Toda esta situación fue comunicada por sendas notas al Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad.

Los programas que fueron aprobados por el Comité Coordinador antes mencionado, según fuentes oficiales, al 30 de mayo de 2012 son los siguientes:

- Ayudas Personales.
- Transporte Institucional.
- Creación o ampliación de Bancos Descentralizados de Ayudas Técnicas.
- Fortalecimiento de Redes de Rehabilitación.
- Equipamiento para Escuelas.
- Banco de Máquinas Braille.
- Accesibilidad para Escuelas.
- Apoyo a las áreas de deporte.
- Acompañamiento municipal para la Adquisición de Ayudas Técnicas.

Al mismo tiempo, cada uno de estos programas contiene distintos subprogramas. De la lista antes mencionada, y haciendo especial hincapié en el principio de autonomía, el Programa de Ayudas Personales incluye subprogramas que pueden entenderse colaboran con un principio de vida independiente. Entre ellos: Subprograma “Ayudas técnicas para personas con discapacidad”, Subprograma “Mejoramiento de vivienda”, Subprograma “Adaptación profesional de puesto de empleo”.

Aunque lo anterior constituye un avance en el sentido de la CDPCD, otros programas y subprogramas aprobados por el mismo Comité parecen, no obstante, continuar la tradición medicalizante dominante en la regulación argentina.<sup>30</sup>

#### Un ejercicio de evaluación presupuestaria nacional: 2010-2011

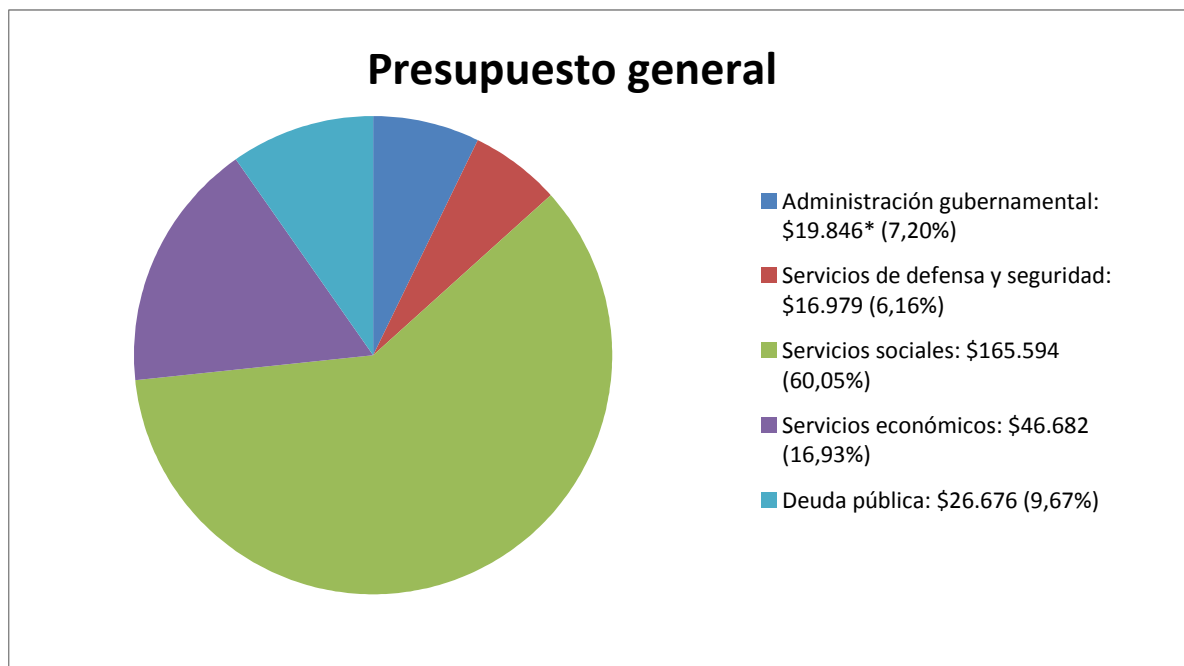
Es nuestra intención en lo que sigue ensayar un análisis de la Ley de Presupuesto del año 2010, reconducida también al 2011. Específicamente, haremos hincapié en las partidas destinadas a solventar prestaciones y derechos de las personas con discapacidad. En virtud de la falta de información disponible aún sobre el presupuesto nacional 2012, un análisis de la Ley de Presupuesto de 2010/2011, permitirá observar cómo es repartido el gasto público en discapacidad, así como pensar alternativas para esos mismos gastos. Tendremos para esto una estrategia de análisis deductiva, desmenuzando las partidas más generales, hacia las más específicas. Para una mejor visualización de los datos, se acompañarán gráficos en cada punto relevante.

---

<sup>30</sup> Vale recordar que entre los fines a los que debe destinarse el fondo creado por la Ley de Cheques, ésta establece, en un primer lugar, el financiamiento de las prestaciones que se adecuan a la Ley 24.901.

El presupuesto general de la Nación en el año 2010 (Ley 26.546) reconducido al año 2011 (Decreto 2053 y 2054 de 2010) fue de \$257.779.423.917. Este total, fue dividido en cinco grandes categorías: administración gubernamental, servicios de defensa y seguridad, servicios sociales, servicios económicos y deuda pública.

**Grafico IV.**



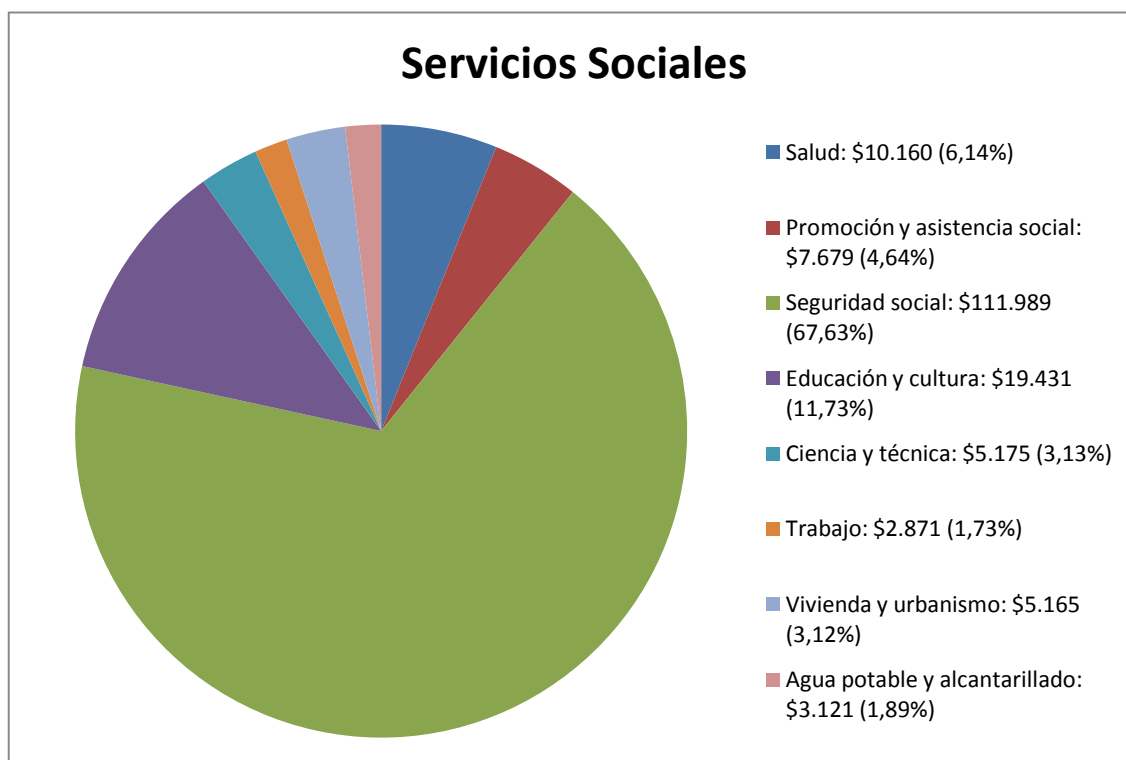
*\*Montos expresados en millones de pesos.*

*Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación.*

Las instituciones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades de personas con discapacidad, se encuentran dentro del rubro *Servicios Sociales*, rubro que como se evidencia en el gráfico IV es el que recibe la mayor cantidad de recursos. A su vez, esta partida contiene las siguientes categorías: 1- Salud, 2- Promoción y asistencia social, 3- Seguridad Social, 4- Educación y cultura, 5- Ciencia y técnica, 6- Trabajo, 7- Vivienda y urbanismo y 8- Agua potable y alcantarillado.



**Grafico V.**

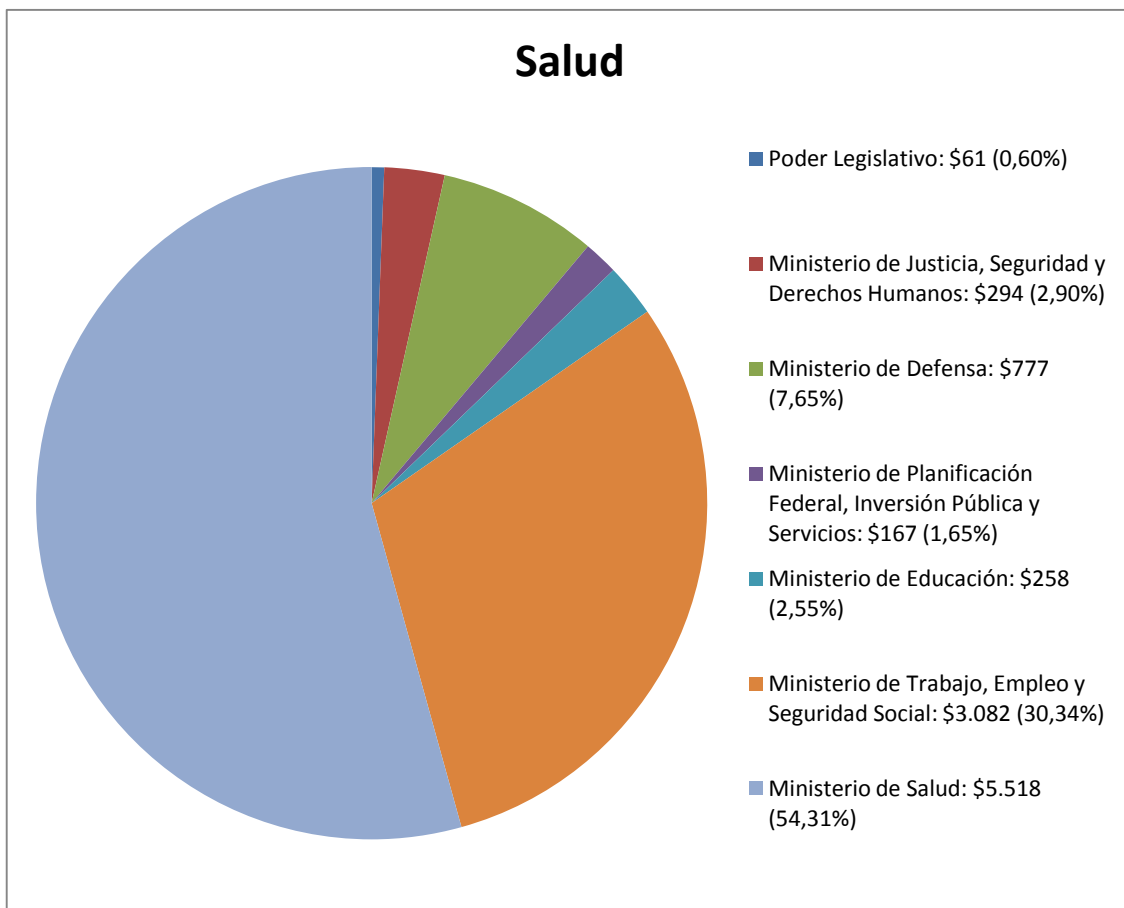


*Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación.*

La partida “Salud” contiene la mayoría de los gastos específicos que solventan el sistema de discapacidad. En cuanto a las instituciones involucradas en este gasto, la distribución se realiza de la siguiente manera:



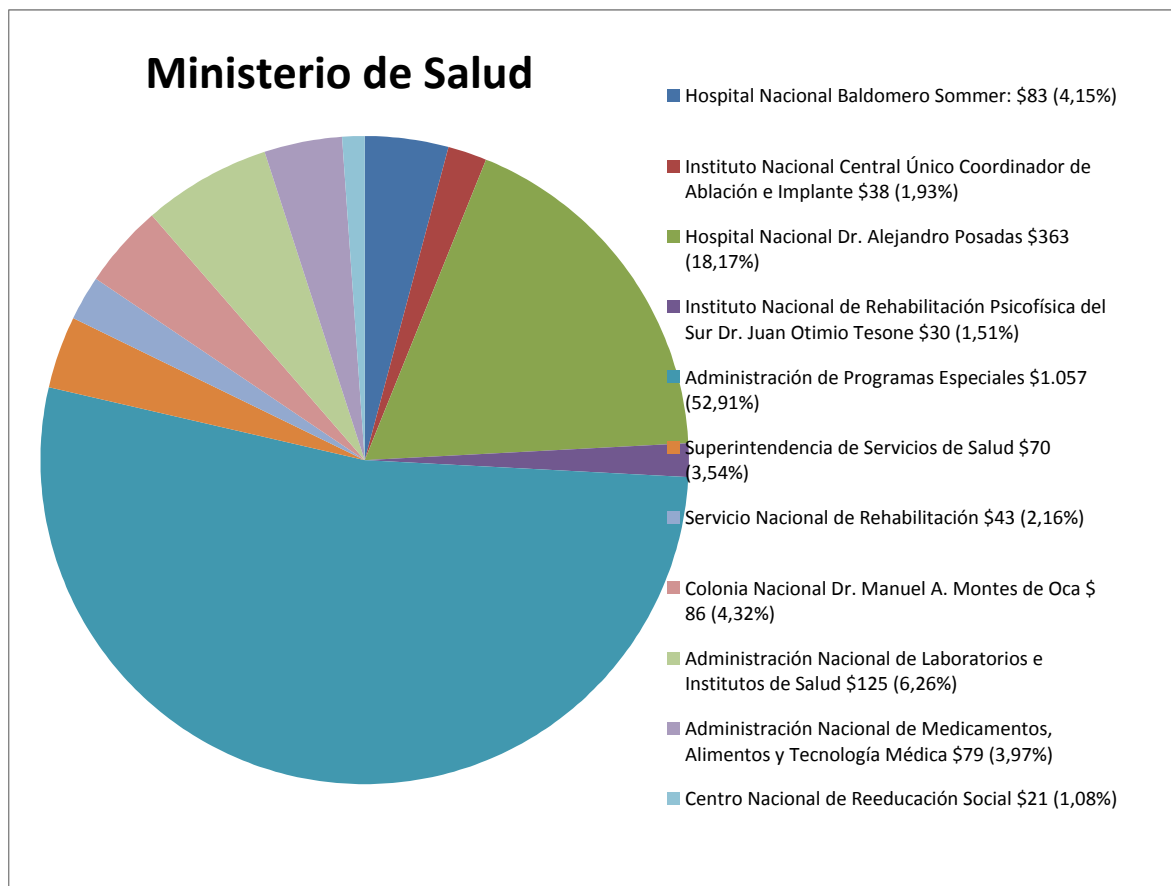
**Grafico VI.**



*Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación.*

Como es posible observar, el gasto en salud dentro del presupuesto nacional está dividido en varios ministerios. Las entidades encargadas de las personas con discapacidad, sin embargo, se encuentran en su mayoría bajo la órbita del Ministerio de Salud, reforzando el modelo médico. De esta forma, en la información desagregada de este ministerio encontramos lo siguiente:

**Grafico VII.**



*Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación.*

Específicamente, son el Servicio Nacional de Rehabilitación y la Administración de Programas Especiales, los organismos encargados de administrar y proveer principalmente los fondos para discapacidad en nuestro país.

El Servicio Nacional de Rehabilitación es un organismo público descentralizado que depende de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación. Está encargado de la creación de normas y de la ejecución de las políticas sobre discapacidad y rehabilitación.

“Las competencias inherentes al organismo se encuentran establecidas en el Decreto N° 627/10 y la Disposición SNR N° 1176/11. Entre ellas, la de **entender y actuar como autoridad de aplicación de la normativa vigente, referida a la evaluación de la discapacidad, y respecto de la Ley N° 19.279** (Régimen de franquicia impositiva para adquisición de automotores), sus reglamentarias, modificatorias y complementarias. En este orden, **le corresponde además la aplicación de normas tales como, la N° 22.431** considerada una de las legislaciones de corte superador en

Latinoamérica, a través de la cual se instituyó el denominado "Sistema de Protección Integral de los Discapacitados". La norma citada fue modificada, manteniendo siempre su espíritu y sus objetivos, siendo complementada entre otras, por **la Ley N° 24.901**, a través de la cual se instituyó el "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad". Esta última, fue reglamentada mediante el Decreto N° 1193/98, el cual estipula – entre otras cuestiones - que **el SNR establecerá los requisitos de inscripción, permanencia y baja en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad**, e incorporará al mismo a todos aquellos prestadores que cumplimenten la normativa vigente. Por su parte, vale mencionar además que el SNR, en sinergia con su rol rector en discapacidad y la rehabilitación; promueve su accionar de conformidad con las disposiciones previstas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Ley N° 26.378<sup>31</sup>

Por lo tanto, además de ser el organismo encargado de otorgar el “Certificado Único de Discapacidad”<sup>32</sup>, es el organismo que se encarga de gestionar el “Registro Nacional de Prestadores” (RNP) establecido por la Ley 24.901. Esto es, la inscripción, permanencia y baja de todas las instituciones inscriptas en el RNP.

El RNP contiene a todos los prestadores categorizados de acuerdo a los lineamientos generales de la Ley 24.901. Categorizar es entendido como “el procedimiento de clasificación de los prestadores, con o sin internación, conforme criterios preestablecidos que tienen en cuenta la discapacidad a tratar, las prestaciones que éstas requieren, y fundamentalmente los recursos necesarios para poder efectivizarlas.”<sup>33</sup> Los criterios de selección se encuentran establecidos en las “Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación” para las prestaciones de rehabilitación - aprobadas por la Resolución del Ministerio de Salud 47/2001- y en el “Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad” para el resto de los servicios -aprobado por Resolución del M.S 1328/2006-.

En términos generales, las categorías se distinguen según la capacidad para la resolución de problemas de las personas con discapacidad y buscan la racionalización y adecuación de la oferta de servicios a las necesidades de los usuarios (Decreto 47/2001). Si bien la inscripción en el RNP es voluntaria, ella permite facturar las prestaciones así como celebrar contratos con Obras Sociales u otros obligados a financiarlas.

---

<sup>31</sup> Ver [www.snr.gov.ar](http://www.snr.gov.ar) El resaltado nos pertenece.

<sup>32</sup> Al que definen en su página web como “la llave de acceso al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por la normativa en la materia, para las personas con discapacidad”.

<sup>33</sup> [www.snr.gov.ar](http://www.snr.gov.ar)

Ahora bien, la Resolución 428/1999 -con sus sucesivas actualizaciones- crea el “Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad” en el que consta el listado de prestaciones a las que pueden acceder las personas con discapacidad. Esto incluye así, 1) modalidad de atención ambulatoria: atención ambulatoria, hospital de día, centro de día, centro educativo-terapéutico, estimulación temprana y prestaciones educativas 2) modalidad de internación: internación en rehabilitación, hogar, residencia y pequeño hogar, y luego 3) modalidades de prestaciones anexas, lo que incluye prestaciones de apoyo y transporte.

Según la actualización de los montos para cada categoría, mediante la Resolución 2032/2011, cada modalidad recibe la siguiente cantidad de pesos:

	Categoría A	Categoría B	Categoría C
Centro de Día - Jornada Doble	\$ 5.461,67	\$ 4.587,16	\$ 3.492,93
Centro de Día - Jornada Simple	\$ 3.634,35	\$ 3.058,21	\$ 2.330,21
Centro de Educación Terap. - Jornada Doble	\$ 5.957,20	\$ 5.001,87	\$ 3.815,49
Centro de Educación Terap. - Jornada Simple	\$ 4.190,77	\$ 3.517,70	\$ 2.686,03
Escolaridad Formación Laboral Jornada Doble	\$ 5.258,81	\$ 4.421,51	\$ 3.368,95
Escolaridad Formación Laboral Jornada Simple	\$ 3.646,17	\$ 3.065,81	\$ 2.331,62
Escolaridad Pre-primaria Jornada Doble	\$ 5.315,17	\$ 4.464,91	\$ 3.399,93
Escolaridad Pre-primaria Jornada Simple	\$ 3.639,71	\$ 3.058,21	\$ 2.330,21
Escolaridad Primaria Jornada Doble	\$ 5.315,17	\$ 4.464,91	\$ 3.399,93
Escolaridad Primaria Jornada Simple	\$ 3.639,71	\$ 3.058,21	\$ 2.330,21
Hogar - Permanente	\$ 6.494,09	\$ 5.452,71	\$ 4.336,56
Hogar Lunes a Viernes	\$ 5.178,89	\$ 4.352,76	\$ 3.467,12
Hogar Lunes a Viernes con Centro de día	\$ 7.470,68	\$ 6.273,84	\$ 5.001,97
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Ed. Terapéutica	\$ 8.232,95	\$ 6.912,46	\$ 5.270,17
Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral	\$ 7.282,83	\$ 6.118,41	\$ 4.657,47
Hogar Lunes a Viernes con Pre-primaria	\$ 7.162,71	\$ 6.019,17	\$ 4.676,31
Hogar Lunes a Viernes con Primaria	\$ 7.162,71	\$ 6.019,17	\$ 4.676,31
Hogar Permanente con Centro de Día	\$ 9.172,14	\$ 7.707,11	\$ 5.866,07
Hogar Permanente con Centro de Educación Terapéutica	\$ 10.148,74	\$ 8.527,96	\$ 6.590,66

Hogar Permanente con Formación laboral	\$ 9.450,97	\$ 7.932,35	\$ 6.043,31
Hogar Permanente con Pre-Primaria	\$ 8.954,27	\$ 7.519,84	\$ 5.733,01
Hogar Permanente con Primaria	\$ 8.954,27	\$ 7.519,84	\$ 5.733,01
Pequeño Hogar Lunes a Viernes	\$ 4.288,24	\$ 3.605,32	\$ 3.317,68
Pequeño Hogar Permanente	\$ 5.289,82	\$ 4.236,96	\$ 4.149,64
Residencia Lunes a Viernes	\$ 4.319,24	\$ 3.589,84	\$ 3.317,68
Residencia Permanente	\$ 5.344,33	\$ 4.488,56	\$ 4.149,64

	Mensual	Hora
Estimulación Temprana	\$ 1.571,52	\$ 102,83
Prestaciones de Apoyo		\$ 102,83
Módulo Maestro de Apoyo	\$ 2.360,47	\$ 92,64
Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo)	\$ 3.540,70	
	Semanal	
Rehabilitación - Modulo Integral Intensivo	\$ 560,16	
Rehabilitación - Modulo Integral Simple	\$ 335,65	
	Mensual	
Rehabilitación - Hospital de Día Jornada Simple	\$ 3.358,89	
Rehabilitación - Hospital de Día Jornada Doble	\$ 4.702,56	
Rehabilitación - Integración	\$ 13.435,92	
	Diaria	
Alimentación	\$ 22,69	
	Kilómetro	
Transporte	\$ 3,67	

Como es posible observar, la mayoría de las modalidades de prestaciones incluidas en esta normativa son contrarias al principio de autonomía, tal como se desprende de la CDPCD. Sólo lo que se considera modalidades de prestaciones anexas incluye expresamente prestaciones de apoyo.

#### **IV.- ALTERNATIVAS PARA PENSAR LOS SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESDE EL PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA: EXPERIENCIAS COMPARADAS**

Tomando como eje el principio de autonomía contenido en la CDPCD, es importante ahora intentar pensar alternativas al sistema argentino actual - antes descripto - contando con herramientas de experiencias comparadas. El objetivo no es reseñar experiencias más o menos exitosas para visibilizarlas como la totalidad de las posibles sino, por el contrario, presentar los sistemas que se sustentan en alguna medida en el modelo social a los efectos de verificar algunos caminos recorridos en ese sentido desde una mirada que intenta una revisión crítica de los mismos.

Las experiencias seleccionadas pueden dividirse en dos grupos: experiencias europeas e incipientes regulaciones en América Latina. Con respecto a las primeras, se ha hecho especial hincapié en la *ley española* de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; el *sistema sueco* de prestaciones para personas con discapacidad, la organización que respecto de ello se desarrolla en *Holanda* y el mismo análisis para *Italia*.

Nuestro propósito es presentar estas experiencias como una vía alternativa de entendimiento de las políticas públicas de discapacidad desde un paradigma más cercano - al menos desde la letra fría de la ley - al modelo social.

##### Experiencias europeas sobre autonomía de las personas con discapacidad en el marco del modelo social

a) Ley española de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia N° 39/2006.

Al analizar la ley española de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia - N° 39/2006 no pretendemos asumirla como una norma perfecta o modelo. La primera manifestación de principios de esta ley la encontramos en su título mismo.

En primer lugar la referencia a la “autonomía” nos marca ya un quiebre con otros tipos de posicionamientos respecto de la temática. Comparémoslo sólo con los fuertes -y en cierto sentido contrarios- términos utilizados por el título de nuestra ley N° 24.901, que

refiere a la “habilitación y rehabilitación” y se manifiesta claramente el contraste. Resulta evidente, entonces, que plantear el problema en términos de “autonomía” nos deja mucho más cerca del derecho a la vida independiente (artículo 19, CDPCD) que el plantearlo como necesidad de “habilitación o rehabilitación”, que nos denota más un intento de “normalizar” la persona, inclusive yendo contra su derecho a no verse obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico (inciso a del mencionado artículo).

Ahora bien, no es lo único resaltable en la denominación otorgada. Nuestra ley, sabemos, está referida a las “personas con discapacidad”. Son ellas las destinatarias de las prestaciones reguladas, son ellas los sujetos de “normalización” a través de los servicios, fundamentalmente médicos, por ella reconocidos.

La ley española no menciona como beneficiarias a las personas con discapacidad sino que establece como población receptora de sus beneficios, desde su propio título, a las “personas en situación de dependencia”. La población destinataria, entonces, es mucho más amplia que la del colectivo de personas con discapacidad. Surge de la propia exposición de motivos de la ley que la discapacidad es tomada como una “situación de especial vulnerabilidad” (Exposición de Motivos –EM-, 1º) que hace que los sujetos precisen de apoyos para obtener la autonomía y, así, ejercer sus derechos de ciudadanía. Entiende entonces la dependencia como una consecuencia de la discapacidad (podríamos decir, de ciertos tipos de discapacidad) pero no sólo de ella sino, también, de otros factores como, verbigracia, el envejecimiento, que asume especial importancia en la Europa actual.

Vemos así como en cierto sentido se le quita el fundamento meramente médico o biológico a las políticas, pasando a entender al colectivo de discapacidad como un grupo vulnerable (como tantos otros) que simplemente requiere de respuestas específicas del Estado para poder gozar de los mismos derechos que la generalidad de los ciudadanos; sin negar por ello que esa vulnerabilidad tenga efectivamente un origen biológico (lo cual no es propio solamente de la discapacidad sino, también, del otro gran grupo comprendido por esta ley, es decir, la ancianidad).

Reconocemos los efectos limitados que tiene una diferencia meramente terminológica, pero no podemos disminuir el valor que ello posee desde el plano de lo simbólico. Lo entendemos como una declaración de principios desde el propio planteamiento del problema, sin por ello ignorar que esos principios deben ser llenados de contenido a través de las políticas efectivas.

La norma bajo análisis reconoce también en la exposición de motivos (EM, 2º) que las prestaciones -diversamente entendidas-, tanto para las personas con discapacidad como

para las de avanzada edad, siempre han existido. Excepto en modelos de exclusión o eliminación, estas personas siempre han tenido un lugar, sean consideradas como “objetos” de las políticas o como verdaderos sujetos. Estas prestaciones estuvieron históricamente en cabeza de las propias familias, constituyendo al discapacitado/anciano en una “carga” para sus parientes directos; o bien, más modernamente, fueron satisfechas por prestadores médicos, con un claro objetivo de tratamiento o rehabilitación.

Asimismo, su texto garantiza *“la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía”*, promoviendo la “autonomía personal” (art. 1), definiendo a ésta como *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”* (art. 2). Este concepto, junto con el de “necesidades de apoyo” y “asistencia personal”, entre otros brindados por la propia ley, puede considerarse acorde con lo dispuesto por la CDPCD y el modelo social en que se inspira. Lo mismo resulta aplicable a los principios que sustentan la ley que, lejos de estar implícitos, resultan expresos en el artículo 3, lo cual nos parece demostrativo de las fundamentaciones y propósitos tenidos en cuenta por el legislador al elaborar este cuerpo normativo (por mencionar algunos: promoción de condiciones para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible, participación de las personas en situación de dependencia, inclusión de la perspectiva de género, etc.).

La ley estructura las prestaciones a través de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia estableciendo una estructura interrelacionada con los gobiernos locales de distinto nivel.

Ahora bien, a pesar de esta declaración de principios y de establecerse específicamente que las prestaciones deben *“orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal”*, facilitando una existencia autónoma y proporcionando un trato digno (art. 13), estos loables objetivos se desdibujan cuando descendemos a la verdadera estructuración del sistema.

Así, existe una categoría de prestaciones “de atención a la dependencia” -que tiene preferencia a la también establecida “prestación económica” (art. 14)-, entre las que encontramos servicios poco acordes con la autonomía supuestamente otorgada. Así, síguese considerando entre las prestaciones ofrecidas la rehabilitación, el Centro de Día y de Noche y la Atención Residencial (art. 15). La normativa se sincera al regular estos dos últimos servicios considerando -expresamente- el “enfoque biopsicosocial” (art. 24 y 25).



Vale destacar que sólo cuando el acceso a esas y otras prestaciones no sea posible, se reconoce el derecho a una prestación económica periódica.

También resulta criticable la medición abstracta de los llamados “grados de dependencia”, que habilitan el acceso a las diferentes prestaciones. Ésta se realiza conforme la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (art. 27), haciendo propio el discurso de la ciencia médica; si bien reconocemos que no se cierra en él, adoptando también otros parámetros más acordes al enfoque social.

Específicamente sobre *financiamiento*, si bien ningún ciudadano se ve excluido de las prestaciones (al menos legalmente), se establece la colaboración del beneficiario, conforme su capacidad económica, en el coste de las prestaciones. Entendemos que con ello no se abandona la perspectiva de la discapacidad como “defecto” que debe ser soportado, incluso económicamente, por quien lo padece; actuando el Estado casi como un benefactor que lo libera de parte de esa carga.

Concluimos este somero análisis del relativamente novedoso régimen vigente en España reconociendo su avance desde lo axiológico y los principios que expresa. Sin embargo, entendemos que la estructuración del sistema no es la más adecuada. Aquellos principios y enunciados generales, comprendidos en consonancia con la CDPCD otorgan argumentos importantes para atacar la coherencia de las prestaciones específicas y el modo en que son brindados y, en tal sentido, su importancia no puede ser disminuida; más allá de su desconocimiento por el propio legislador.

Reconocemos que el cambio no se logrará sólo desde la ley. Se requerirán políticas, acciones, movilizaciones sociales; pero no por ello dejamos de entender que la herramienta legal será siempre un arma importante en esa lucha, y uno de sus objetos más preciados.

b) Ley sueca de Apoyo y Servicios a personas afectadas por incapacidades funcionales N° 1993/387

Decidimos tomar el caso de Suecia como paradigma de una forma específica de otorgar las prestaciones para la discapacidad, como es la realizada a través de prestaciones económicas directas al beneficiario y no mediante servicios predefinidos brindados por el Estado u otras entidades.

No desconocemos que Suecia, al igual que otros países nórdicos, es un muy buen ejemplo internacional del modo de gestionar la seguridad social, por lo que pretender una transformación repentina del modelo argentino a uno similar al sueco sería una fantasía.

Sin embargo, creemos que precisamente por ese carácter de modelo ideal (no pretendiendo con esto desconocer que, como todo sistema, es perfectible y no exento de desaciertos), su análisis puede arrojar conclusiones valiosas y herramientas importantes para pensar en una alternativa a nuestro sistema actual.

Consideramos también que este análisis, relativamente detallado, de un sistema en su conjunto -y no de aspectos parciales- nos permite entender cómo funciona integralmente un modelo de prestaciones a las personas con discapacidad más cercano a lo dispuesto por la CDPCD.

El sistema sueco surge por influencia del movimiento de vida independiente, que comienza a hacer oír su voz a comienzos de los años ochenta, reivindicando el derecho a disponer de los medios económicos para organizar por sí mismos los servicios que requerían. Logran en 1993 el reconocimiento de una serie de derechos entre los que se destaca la posibilidad real de participar directamente en las decisiones sobre los servicios ofrecidos, entre los que se encuentra la asistencia personal como forma de garantizar la autonomía.

A diferencia de otros países que también consagraron la asignación económica individual en épocas cercanas, en Suecia no se tuvo como objetivo la contención del gasto público, sino la verdadera promoción de la autonomía de las personas con discapacidad.

Debemos partir de que, al igual que en España, el sistema abarca tanto a las personas con discapacidad como a las personas mayores, si bien con algunas distinciones. Nuevamente resaltamos el valor positivo que ello posee, al concebir al colectivo de personas con discapacidad como un grupo que se distingue sólo por su vulnerabilidad. El hecho de que discapacidad y ancianidad se entrecrucen en distintos sistemas de seguridad social existentes alrededor del mundo, nos demuestra que ambos colectivos no son más que grupos vulnerables por específicas situaciones de vida vinculadas a lo biológico, pero que están determinadas por lo social, y desde lo social deben ser neutralizadas.

Decíamos, entonces, que el modelo se estructura en torno al otorgamiento de prestaciones económicas. Dentro de él, podemos distinguir dos “subsistemas” en lo vinculado a nuestra materia de discusión. Por un lado, las prestaciones económicas directas

para el usuario; y por otro, las prestaciones directas para el “cuidador”. Estas últimas se aplican sólo para el cuidado de personas mayores, por lo cual escapan a nuestro análisis.

Las primeras, por su parte, se presentan en dos subsistemas, según el destino para el cual son otorgadas: “asistencia personal para personas con discapacidad” y “apoyo en domicilio para personas mayores”. A nuestros fines nos interesa el primero de esos subsistemas.

Es preciso aclarar que las prestaciones para personas con discapacidad se limitan a menores de 65 años, ya que a partir de esa edad son considerados “personas mayores” y reciben las correspondientes prestaciones en calidad de tales.

Dentro del concepto de “discapacidad” -que será el delimitador del subsistema- se abarcan tanto discapacidades físicas como intelectuales y sensoriales, siempre que ellas no estén asociadas a la edad -ya que ello nos llevaría a las prestaciones para la ancianidad-. Pero esta discapacidad, para convertir a su portador en beneficiario, debe tener un efecto específico: el de causarle limitaciones importantes para la realización de actividades de la vida diaria.

No existen mayores recaudos, limitaciones ni graduaciones impuestas por el discurso biomédico a este respecto, lo cual es digno de ser celebrado. Basta la existencia de una discapacidad -la que se entiende en un sentido amplio- y de las limitaciones de ella derivadas para convertirse en beneficiario de la prestación. Se procura así entrar en la historia de vida específica de cada potencial beneficiario, en su forma de vivir y de verse limitado en esa vida por la discapacidad, para en función de ello -y no de graduaciones abstractas hechas por profesionales de la salud- determinar qué prestación le corresponderá.

De fundamental importancia es también que el monto de esta prestación no está de ningún modo vinculado al nivel de recursos del beneficiario. Éste tiene derecho a aquella en su carácter de persona con discapacidad y sólo en tal carácter. Creemos que sólo adoptando una tesitura así puede abandonarse definitivamente la idea del Estado benefactor que “libera”, por bondad o caridad, a la persona con discapacidad de una parte de los efectos adversos que ésta le provoca. El hecho de que una persona tenga que dedicar una parte de su salario -por mínima que fuera- a paliar las específicas necesidades que su discapacidad le impone, implica que el Estado no la está poniendo en paridad de condiciones con las demás. Por el contrario, la está condenando, casi como castigo por la “fatalidad” de haber nacido o adquirido la discapacidad, a sufrir los perjuicios derivados de ésta, menoscabando en última instancia su carácter de ciudadana.

No desconocemos que una transformación paulatina del sistema puede y debe tener especial consideración respecto a aquellos que sufren la doble vulnerabilidad que implica sumar la pobreza a la discapacidad. No resultaría para nada irrazonable que las personas con discapacidad de clases más altas tengan que soportar parte de la carga económica que imponen las prestaciones para la autonomía, para que ellas puedan ser universales. Pero debería tenerse como horizonte, un futuro en el que ninguna persona deba soportar las cargas de la seguridad social en mayor medida a la que las soporta cualquier otro ciudadano.

Destacamos también la inexistencia en Suecia de un sistema específico de discapacidad o dependencia desde lo financiero para el otorgamiento de las mencionadas prestaciones. Se considera sólo un aspecto más de las necesidades que los sistemas generales de protección deben atender, lo cual, entendemos, es también una forma de no segregar. Idealmente no debería existir un fondo específico para atender a las necesidades de las personas con discapacidad, si bien ello puede aceptarse como medida paliativa temporal frente a la situación de abandono y olvido de este colectivo social. Superada tal situación, la persona con discapacidad no debe ser considerada sino una ciudadana más, que otorga y recibe del sistema de seguridad social general, según sus posibilidades y según sus necesidades, respectivamente.

#### Estructura jurídica y financiera del sistema

El marco normativo jurídico recae en el ente estatal nacional, el cual es también el encargado de la concesión misma de la prestación cuando supera un mínimo determinado legalmente (fijado en 20 horas semanales de asistencia). Son los municipios, por su parte, los que afrontan dichas prestaciones hasta ese límite, además de ser los encargados de la atención genérica a la ancianidad.

Recae también sobre los municipios la valoración de las necesidades del beneficiario. Vale destacar que, como mencionábamos antes, esta valoración no responde a criterios cerrados o absolutamente objetivos.

No se tiene en cuenta la situación familiar del solicitante, excepto la ayuda esperada del cónyuge o concubino respecto a las tareas domésticas; y de los padres del menor de 12 años, en relación a las ayudas que cualquier niño de esa edad -con o sin discapacidad- requiere.

Esta característica puede no parecer importante a simple vista, pero lo es. Cuando se reconoce el derecho de las personas con discapacidad, con independencia de su edad,

estado civil o situación personal, a recibir las prestaciones para la autonomía que lo igualen como ciudadano a la generalidad de la población, no se sugiere que sus padres - en el caso de los menores-, o su cónyuge estén exentos de brindarle los apoyos como de hecho lo hacen en la realidad diaria. Lo que se pretende es que ese apoyo, contención y colaboración surgida del parentesco, de la patria potestad, del matrimonio, del concubinato o de las propias relaciones sentimentales o de amistad extrajurídicas, no tengan -o no deban tener- una naturaleza o extensión mayor a la que tienen respecto de cualquier persona. Así, el cónyuge (o el padre) de una persona con discapacidad tendrá, sin lugar a dudas, un especial deber de asistencia hacia ella. Pero ese deber de asistencia no debe tener una naturaleza distinta a la que tendría respecto de cualquier cónyuge o hijo menor de edad, con o sin discapacidad. Por ello resulta impecable la solución sueca a este problema: una vez superado ese mínimo de asistencia al que, como hijo o como cónyuge, tiene derecho, ya tendrá derecho a una prestación por discapacidad. Ni desligar a los padres de sus obligaciones, ni sobrecargarlos con aquellas que no les corresponden.

Recordamos que una vez superados los 65 años se entra dentro de las prestaciones reconocidas a la ancianidad. Sin embargo, las personas con discapacidad que hayan accedido a la asistencia personal antes de esa edad tienen el derecho conservar la una vez alcanzada ésta. Lo expuesto posee un evidente fundamento de comodidad y economía, evitándole al beneficiario pasar por procedimientos y acostumbramientos superfluos para obtener prestaciones de análoga finalidad.

Decíamos que para determinar el derecho a la prestación se constata la existencia de la discapacidad y la incidencia de ésta sobre el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Dentro de ellas se abarcan: aseo, alimento, vestido, comunicación, entre otras. Es importante que esta enumeración no pretenda ser cerrada. Un concepto genérico y una enunciación ejemplificativa son suficientes para darle un marco de flexibilidad al evaluador sin convertirlo en discrecionalidad absoluta.

Una vez reconocido el derecho a la prestación, la persona beneficiaria puede adquirir con el monto de ésta, cualquier apoyo o servicio que considere adecuado, sin restricciones. Se exceptúan los gastos sanitarios o de rehabilitación que quedan cubiertos por el Seguro de Enfermedad genérico. Dos características positivas encontramos aquí. Por un lado, la falta de limitación a un catálogo cerrado de servicios que se permita adquirir. Si partimos de la constatación de la necesidad de apoyos específicos por parte de la persona con discapacidad y de su traducción mediante una medición económica, no tendría sentido en un momento posterior, procurar limitar los márgenes de ésta para adquirir los servicios

que considere adecuados. Nadie estará en mejores condiciones que el propio beneficiario para determinar cuáles serán los apoyos que mejor puedan satisfacer sus necesidades, como así también modificar posteriormente su elección. Por otro lado, el apartar de este sistema a los gastos médicos nos marca una división basal con sistemas como el nuestro, que limitan toda la cobertura “reconocida” por el sistema de seguridad social a prestaciones médicas o signadas por el modelo médico financiándose, además, a través de sistemas pensados exclusivamente para la salud.

En el modelo sueco la discapacidad (o la vulnerabilidad del colectivo de personas con discapacidad, más propiamente) es una problemática a ser resuelta a través del sistema de seguridad social, pero no es ni debe ser entendida como un problema de salud. La persona con discapacidad tendrá derecho a acceder a las prestaciones de salud que necesite del mismo modo que cualquier otro ciudadano y en las mismas condiciones.

Por lo tanto, es posible entonces con esa prestación recibida tanto contratar directamente al asistente personal que escoja (que puede ser un familiar), como también contratar a una entidad prestadora de servicios (entre las que se incluyen cooperativas) como forma de eludir la eventual responsabilidad patronal. También existe la posibilidad de contratar servicios públicos, que es la opción que en los hechos resulta más elegida. En caso de que la prestación sea otorgada a través de la estructura municipal, puede el beneficiario optar por cobrar en especie.

Creemos que el reconocimiento expreso de la posibilidad de escoger a un familiar como asistente posee relevancia, pues resultará sin duda una opción llamativa para muchos beneficiarios. Dada la fuerte vinculación y la necesaria confianza que debe existir entre la persona con discapacidad y su asistente personal, si aquella cuenta con un familiar en quien confía y que, además, tenga la capacidad y disposición de asumir el rol de asistente. Esto último no debe ser entendido como una forma de “enriquecimiento” de la familia a través de la discapacidad de uno de sus integrantes. Por el contrario, si esa persona dedica horas de su vida - renunciando a otro empleo o a su tiempo libre - a asistir a la persona con discapacidad, en este sistema tendrá los mismos derechos que cualquier empleado, no debiendo soportar una carga exagerada sólo fundada en su vínculo de intimidad con el beneficiario.

Respecto al costo específico que este sistema posee para las arcas de la seguridad pública, encontramos un importe medio de prestación por persona con discapacidad (2009) de 10.935 euros por mes (para un promedio de 110,24 horas de asistencia por semana), a razón de una tarifa horaria estándar de 24,8 euros la hora.

Si bien es necesario hacer un verdadero estudio más profundo al respecto, no encontramos razones, al menos evidentes, para considerar que el número de horas de asistencia requeridos por una persona con discapacidad varíe sustancialmente de un país a otro. Entonces, para tener una idea estimada de cuál sería el costo financiero de implantar un sistema similar en nuestro país, deberíamos considerar el costo que tendría aquí una hora de trabajo con la calificación requerida.

La prestación por discapacidad no está sujeta a tributación, lo cual resulta una consecuencia obvia, ya que no estamos frente a una ganancia o salario.

El pago se hace en principio por transferencia bancaria, excepto que se solicite que sea transferida directamente como pago al prestador; por adelantado para un período de seis meses. Esto resulta de suma importancia porque el sistema de reintegro, al que estamos tan acostumbrados en nuestro país, implica sacrificar poder adquisitivo actual, viéndose distorsionado el verdadero derecho a obtener la prestación, lo cual se acentúa aún más en períodos inflacionarios o en contextos de burocracia excesiva.

La libertad de elección de los servicios a ser adquiridos no significa que el uso del dinero esté librado de fiscalización. Debe justificarse el modo en que el dinero fue utilizado, reintegrándose lo no gastado a Seguridad Social.

### c) El sistema neerlandés: Seguro de Cuidados de Larga Duración

El otro modelo europeo que hemos elegido como paradigmático es el de los Países Bajos. La elección no fue casual, sino que responde a un intento de complementación con el modelo sueco, con el cual presenta dos diferencias sustanciales.

Por un lado, se organiza en torno al instituto del “fondo personal” -que luego explicaremos-, a diferencia de la prestación económica individual otorgada en Suecia. Son éstas, a grandes rasgos, las dos formas alternativas de organizar las prestaciones para la autonomía de las personas con discapacidad.

Por otro lado, encontramos una diferencia en su propio origen ya que no surge fundamentado tanto en el reconocimiento del derecho a la autonomía que inspiró el sistema sueco sino, fundamentalmente, como una forma de contener el gasto público.

Esto adquiere particular relevancia porque, si bien entendemos que el sistema de prestaciones para la autonomía encuentra su fundamento en los Derechos Humanos del colectivo de personas con discapacidad, debiendo por tanto permanecer en principio ajeno a consideraciones de costo-beneficio; no podemos disminuir la importancia discursiva y



disuasiva que tendría el poder plantear, al Estado y a los financiadores en general, un sistema que, además de más respetuoso de los derechos humanos, se presente como más conveniente en términos financieros.

Las prestaciones para la discapacidad en los Países Bajos son brindadas en el marco más amplio del Seguro de Cuidados de Larga Duración; instituto no específico de la discapacidad e independiente de los sistemas de salud y servicios sociales. Se trata de un sistema de seguro obligatorio que cubre a todos los ciudadanos, debiendo estos pagar en contraprestación una prima determinada.

No es un modelo totalmente desapegado del modelo médico, como deriva de su propio nombre, pero ha ido mostrando avances hacia la perspectiva social y la autonomía a lo largo de su evolución. Al no ser específico de la problemática de la discapacidad, comprende todas las situaciones de vida en que una persona pueda requerir de los “cuidados de larga duración” a los que refiere su nombre.

Si bien la normativa general del sistema es dictada a nivel estatal, su aplicación es delegada a entes regionales, manifestándose entonces de modo descentralizado.

Pensado en un primer momento a través del otorgamiento de prestaciones en especie, se han admitido y afianzado posteriormente las prestaciones económicas. Una vez reconocido el derecho a ser atendido, se tiene asignado un “fondo personal de atención”, que resulta el eje del sistema. El beneficiario puede optar entre recibir los servicios a través del Estado; una prestación económica que le permita escoger sus propios servicios de forma privada; o bien combinar ambas opciones.

#### Destinatarios del Seguro

La población beneficiaria de este sistema de seguro está determinada por todas las personas que presenten necesidades de atención de larga duración, deriven éstas de discapacidades (intelectuales, físicas o sensoriales) o bien de limitaciones o trastornos mentales, psicogeríátricos o somáticos. No existe una limitación rígida que determine qué es considerado “larga duración”.

No existe condición ninguna de edad ni ingresos económicos para acceder al beneficio. Sí se tienen en cuenta estos últimos para determinar la prima del seguro y el importe del copago, conforme los principios generales del seguro.

Para acceder a la atención, se requiere pasar por un proceso de valoración que determina su derecho a los servicios y el alcance de estos. Esta valoración se realiza a través de una entidad estatal específica.

Como resultado de esta evaluación, se fijan cuáles son los servicios que esa persona requiere, en el marco de categorías amplias, entre las cuales se entremezclan prestaciones para la autonomía, con otras de tratamiento y hasta ingreso residencial; por lo cual reafirmamos que este modelo no termina de abandonar el enfoque médico. A diferencia del régimen sueco, aquí las prestaciones están taxativamente determinadas, no pudiendo escapar el beneficiario de la enumeración legal, si bien se trata -repetimos- de categorías relativamente amplias.

Encontramos cuestionable el alcance de la prestación reconocida cuya valoración, en un primer momento, no tenía en cuenta el apoyo que la persona recibía de su familia conviviente. Entendía esta primera concepción -correctamente, creemos- que este apoyo familiar era, en todo caso, una atención voluntaria que debía ser compensada. Luego pasó a entenderse que dentro de ciertos límites la familia conviviente tenía la obligación de hacerse cargo de determinados niveles de atención, sólo cubriéndose por medio del seguro las necesidades que superaren dichos límites. Creemos que esta solución esconde la concepción de la discapacidad como “carga fortuita” que debe ser soportada, en primer lugar, y en mayor o menor medida, por el propio afectado o sus allegados. Dentro de los mencionados límites, en fin, resultaría una fatalidad de la cual la sociedad se desliga.

Como parámetro de valoración no se utilizan sólo criterios médicos, sino que se consideran las circunstancias y condiciones de vida de cada beneficiario. En una solución extremadamente criticable, como conclusión de esta evaluación, bajo ciertas circunstancias (necesidad de “entorno residencial protegido” o de “supervisión permanente”), se impone la internación, excepto cuando se trate de enfermos terminales o el propio beneficiario consiga un paquete de cuidados domiciliarios al mismo coste, lo cual resulta, obviamente, casi imposible.

Otorgado el beneficio en forma de prestación económica, debe ser destinado a financiar las clases de servicios reconocidos por aquella valoración, sea a través de la contratación de servicios profesionales (prestados por entidades o trabajadores autónomos), o de compensación a cuidadores informales (incluidos los familiares). Esta posibilidad de compensar a los familiares, formalizando un contrato de trabajo, debe ser celebrada, como ya mencionamos al analizar el modelo sueco. Sin embargo, en este sistema, el trabajador-familiar carece, en ciertas circunstancias, de algunos de los beneficios sociales a los que en general tiene derecho todo trabajador, lo cual no parece justificable de modo ninguno. Esta situación parece coartar la libertad de la persona con discapacidad, que al escoger como asistente a un familiar conviviente, se ve obligado a privarlo de algunos de

los beneficios sociales que tendría cualquier otro trabajador contratado en circunstancias diferentes.

### Conformación y financiamiento del “Fondo personal”

Estando el monto de la prestación económica determinado por la atención requerida y reconocida a cada beneficiario, se considera que su coste es el equivalente a un 75% del de la prestación en especie. Ello se debe a que elimina los gastos de tramitación y gestión, así como los estructurales propios de cada prestación; y a que es el propio beneficiario el más interesado en hacer un uso eficiente de los montos recibidos.

El “fondo personal” reconocido a cada beneficiario está compuesto de los siguientes elementos:

- la prestación económica propiamente dicha, cuya utilización debe ser justificada por el beneficiario, y reintegrada en caso de no utilizarse totalmente.
- el importe del copago, cuya utilización no debe ser justificada ni está sujeta a reintegro, quedando en poder del beneficiario en caso de no utilizarse totalmente, procurando así garantizar el interés de éste en procurar la eficacia en el uso de los fondos.
- una pequeña cuantía de libre disposición, para cubrir pequeños gastos imprevistos y generales, sin necesidad de justificar su uso.

El importe medio de la prestación recibida por cada beneficiario, conforme datos de 2008, es de 1400 euros mensuales. El pago se realiza por adelantado, anualmente o en cuotas, según el monto total del fondo, respecto a lo cual damos por repetida la valoración positiva ya hecha al analizar el modelo sueco.

El financiamiento se obtiene a través del mencionado Seguro de Cuidados de Larga Duración, el cual se conforma de la siguiente forma:

- 68% por primas de seguro aportadas por todos los ciudadanos.
- 24% de contribuciones del Estado, de los impuestos generales.
- 9% de copago.

Vemos así que consigue financiarse, en su mayor medida, por el aporte de los propios ciudadanos, que, en contraprestación, reciben cobertura ante los eventuales hechos de la vida que le hagan requerir de este tipo de servicios.

## d) El modelo italiano

De la investigación de las prestaciones de la seguridad social para PCD en este país, como primera apreciación podemos identificar el impacto que ha tenido la crisis económico-financiera de 2009. En este contexto, parecería ser que las respuestas por parte del Estado han sido pronunciadas en un mismo sentido.

Un estudio comparativo realizado entre dos regiones de dirección política opuesta, demuestra que aún con los matices necesarios, ambas recurren a soluciones inspiradas en la misma concepción: el neoliberalismo. Este estudio expresa que *“En Lombardía prevalece el liberalismo económico que se expresa mediante una estrategia de mercantilización y que valora la libertad según el modelo de elección del consumidor -la “salida”- y la libertad complementaria de emprender y perseguir sus propios intereses. En Friuli prevalece la referencia a la tradición política del liberalismo, que acentúa en los ciudadanos los derechos políticos, la “voz”, la protesta, la discusión, la participación”*<sup>34</sup>.

Teniendo en cuenta que frente a tal escenario, la elección por parte del gobierno italiano no fue otra que realizar recortes financieros en forma genérica y en diversas áreas, no debería sorprender que los fondos destinados a políticas sociales hayan sufrido una reducción del 90%<sup>35</sup>.

Sin perjuicio del desfinanciamiento mencionado, hay una característica de las prestaciones que reviste más importancia, en lo que respecta a la concepción propiamente dicha que las mismas parecen traducir.

Esta concepción es profundamente asistencialista, casi llegando a ser “caritativa”. Prueba contundente de ello es la inclusión de las prestaciones para PCD dentro de la categoría abstracta de “familia”. Si se deposita en este sujeto genérico los deberes para con las PCD, la concreción y efectivización de una solución con perspectivas autónomas parece distante.

También, dentro de las prestaciones vigentes sobresale un mecanismo de otorgamiento con una lógica paradójica. Para ser incluidas dentro de la categoría y poder gozar de las prestaciones, las personas deben reunir las siguientes condiciones: no poseer trabajo actual, inscribirse en las listas para los centros de empleo (para la eventual contratación) y no superar determinada renta anual.

---

<sup>34</sup> De Leonardis Ota y Emmenegger Thomas, “La desinstitucionalización italiana”, VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría. 2011, Vol. XXII: 31 – 43

<sup>35</sup> Santagostini Fulvio “Il Welfare che non c’è”. Disponible en <http://www.personecondisabilita.it/page.asp?menu1=5&menu2=&menu3=&menu4=&notizia=3616&page=1>

De esta manera, la inclusión resulta parcial y arbitraria, ya que solo las personas que no superan determinada renta podrían recibir las prestaciones<sup>36</sup>.

### Emergentes discusiones y regulaciones latinoamericanas sobre autonomía de las personas con discapacidad en el marco del modelo social

Este apartado trata de describir algunos elementos que permitan visualizar trazos que se han ido delineando en torno a la autonomía de las personas con discapacidad en ciertos ordenamientos jurídicos de América Latina. Existen referencias a las personas con discapacidad en varios de los textos constitucionales<sup>37</sup> pero, sólo en un grupo de casos se lo enlaza con la idea de autonomía aunque entremezclada con manifestaciones que pueden bien corresponderse con el modelo médico.

En ese sentido, se destaca, por ejemplo, el caso de la *Constitución de Ecuador* reformada en 2008 que posee una Sección Sexta titulada “Personas con discapacidad” que comprende los artículos 47, 48 y 49. En el seno de sus desarrollos se verifican algunas alusiones interesantes sobre la autonomía de las personas con discapacidad. En el primer artículo se enumeran una serie de derechos y la cuestión de la autonomía aparece ligada al derecho a una vivienda adecuada. Se garantiza “Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana” como uno de los derechos de las personas con discapacidad. A su vez, en el artículo 48 se determina que el Estado adoptará a favor de este colectivo, medidas tendientes a asegurar “5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia”.

También la *Constitución Boliviana* posee un apartado, su Sección VIII, específicamente dedicado a los derechos de las personas con discapacidad. Si bien aquí no aparece claramente el concepto de autonomía se lo podría visibilizar en las alusiones a la ‘potencialidad del sujeto’. Se esgrime que “El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad” (art. 71) y que “Toda

---

<sup>36</sup> Instituto Nazionale di Previdenza Sociale INPS, “I diritti delle persone con disabilità”, disponible en <http://www.inps.it/docallegati/mig/doc/pubblicazioni/opuscoli/pdfdisabili.pdf>

<sup>37</sup> En el caso de Paraguay, por ejemplo, se refiere a derechos de las personas excepcionales y se estima “Se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social. El Estado organizará una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran. Se les reconocerá el disfrute de los derechos que esta Constitución otorga a todos los habitantes de la República, en igualdad de oportunidades, a fin de compensar sus desventajas” (Art. 58)

persona con discapacidad goza de los siguientes derechos: ... 5. Al desarrollo de sus potencialidades individuales”.

En el caso de *Venezuela* se establece que “*Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria*” (art. 81) y en *República Dominicana* se afirma en sentido similar que “*El Estado promoverá, protegerá y asegurará el goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, así como el ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades. El Estado adoptará las medidas positivas necesarias para propiciar su integración familiar, comunitaria, social, laboral, económica, cultural y política*”.

Este tipo de alusiones constitucionales abren una agenda en términos de diseño regulatorio - institucional sobre las prestaciones para las personas con discapacidad que canalicen su autonomía conforme los parámetros del modelo social. En este camino se torna importante señalar una experiencia de debate sobre un proyecto de ley específicamente dedicado a la autonomía de este colectivo en *Costa Rica*<sup>38</sup>. Se toma como argumento inicial la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, la Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de 1996 y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. De esta última se extraen expresamente los artículos 12, 13 y 18 como centrales a los efectos de la fundamentación del proyecto de ley y, asimismo, se toma el concepto de discapacidad. En el texto del proyecto existe una sección especialmente dedicada a los Servicios de Apoyo (Cap. II) y se fijan sus principios rectores<sup>39</sup>; a su vez se

---

<sup>38</sup> El mismo fue presentado por las diputadas ANA HELENA CHACÓN ECHEVERRÍA, OFELIA TAITELBAUM YOSELEWICH, LESVIA VILLALOBOS SALAS bajo el Expediente N° 17.305.

<sup>39</sup> ARTÍCULO 11: “Principios que rigen los servicios de apoyo Los principios que rigen el otorgamiento de los servicios de apoyo son: a) El carácter público de los servicios del Sistema para la Autonomía Personal, b) Accesibilidad universal para los usuarios de los servicios en condiciones de igualdad, según los términos establecidos por esta Ley, c) Servicios íntegros y flexibles, d) La transversalidad de la perspectiva de género y condición etaria en la atención a las personas usuarias de los servicios, e) La valoración de las necesidades de las personas basada en criterios de equidad y de diversidad para garantizar la igualdad real, f) La personalización de la atención de acuerdo con las características de cada persona que recibe los servicios de apoyo, g) La adopción de las medidas adecuadas de habilitación, rehabilitación, estímulo social y mental, h) La permanencia de las personas usuarias de los servicios, cuando sea posible, en el entorno en el que desarrollan sus vidas, i) La buena calidad, oportunidad, seguridad, privacidad, igualdad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de apoyo, j) La participación de las personas usuarias de los servicios y, en su caso, de sus familias y de quienes los apoyan en la toma de decisiones, según los términos de esta Ley, k) La participación de la iniciativa privada en los servicios y las prestaciones de promoción de la autonomía personal mediante la supervisión estatal, l) La participación del sector comunitario y grupos de convivencia en los servicios y las prestaciones de promoción de la autonomía de las personas en condición de discapacidad y los adultos mayores, m) La cooperación inter e intra institucional, n) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley, en las redes de servicios sociales y en las municipalidades, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados”

determinan los objetivos de las prestaciones<sup>40</sup> - entre los que se destaca el facilitar una 'existencia autónoma' - , luego de lo cual se asigna contenido a la prestación de atención que remite a que *“La prestación de atención a la autonomía personal podrá tener la naturaleza de servicios y de asistencia económica e irán destinadas a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la toma de decisiones”* (art. 13)

Su Capítulo IV ensaya un catálogo de servicios:

- prestación económica vinculada al servicio (art 15),
- prestación económica para servicios a la familia del beneficiario y apoyo a asistentes no profesionales (art 16),
- prestación económica de asistencia personal (art. 17),
- servicios de apoyo en casos de emergencia (art. 18),
- servicio de apoyo a domicilio (art. 19),
- servicio del Centro de día y de noche para la autonomía personal del beneficiario (art. 20),
- servicio de atención residencial (art. 21),
- servicio de defensores técnicos (art. 28);

Lo expuesto se articula con la promoción de redes familiares o comunales (art. 22, 23) y el apoyo de pares (art. 25).

Por último, se establece también el proceso para solicitar y gozar de los servicios de apoyo en el Capítulo V mediante una institucionalidad específica, el Instituto para el Desarrollo de la Autonomía Personal que dictaminará en conjunto con la persona con discapacidad sobre el grado y nivel de restricciones y limitaciones de esta última lo que aparece claramente relevante en comparación con el sistema médico imperante para la determinación de las necesidades de este grupo de personas.

#### Algunos aportes desde el análisis de las experiencias

- Es importante que en la estructuración del sistema se considere a la discapacidad como una situación de vulnerabilidad fundada en la dependencia que se replica en otros colectivos como, verbigracia, los ancianos.

---

<sup>40</sup> ARTÍCULO 12 *“Objetivos de las prestaciones: La atención a las personas y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad, goce y disfrute de la vida en un marco de igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual todo el tiempo que desee y sea posible, b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida, y el ejercicio de los derechos humanos en los ámbitos personal, familiar y social para facilitar su incorporación activa en la vida de la comunidad”*



- La declaración de principios inspirados en el modelo social debe ser acompañada de una regulación acorde a lo que éstos proponen.
- Es relevante la descentralización del sistema.
- La evaluación para el acceso a las prestaciones debe integrar la voz del propio beneficiario, considerar las limitaciones que éste vivencia en las actividades diarias y ser lo suficientemente flexible por fuera del paradigma que establece el modelo médico.
- Si bien puede estimarse como solución temporal la participación del beneficiario en el financiamiento de las prestaciones esto debería ir dejándose atrás progresivamente.
- El financiamiento de este tipo de sistemas debe encontrarse integrado en el régimen de seguridad social general y no ser individualizado como un problema médico.
- Es relevante establecer la posibilidad de escoger a un familiar como asistente en igualdad de condiciones a cualquier otro trabajador. No se les puede exigir a estos, fuera de tal relación laboral, una mayor colaboración a las que el propio lazo familiar les impone, respecto a personas con o sin discapacidad.
- Resulta valiosa la flexibilidad a la hora de escoger los servicios a ser recibidos, no respondiendo estos a categorías taxativas. La persona con discapacidad es el mejor juez de sus propias necesidades.
- Es relevante el pago por adelantado de las prestaciones, como modo de no afectar el poder adquisitivo de la persona con discapacidad, logrando cumplir sus verdaderos fines, sobre todos en contextos de inflación y burocracia.

## RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

El presente informe comenzó remarcando lo desafiante que para la estructura de la sociedad moderna es el cambio de paradigma sobre la cuestión de la capacidad y discapacidad de las personas. Ello en razón de que implica el replanteo sobre una categoría muy arraigada: el estándar de “normalidad”. Bajo este estándar se construyó también el derecho, ubicando a las personas de conformidad a características que han sido hetero-designadas.

La matriz de discapacidad como “patología” permea tanto construcciones institucionales como jurídicas, bajo un “modelo médico”, según se ha detallado en el presente informe.

Este modelo, conforme los lineamientos del sistema jurídico argentino, se enfrenta hoy al cambio de enfoque que surge de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a la que Argentina se ha obligado. Esta norma internacional al mismo tiempo propone y consolida el “modelo social” -por contraposición al anterior- que tiende al fortalecimiento de la autonomía de las PCD.

Ahora bien, como es posible ver en las páginas anteriores, esta perspectiva se topa con una estructura institucional y regulatoria donde la reproducción de la dependencia de las PCD se advierte cardinal y en donde, como consecuencia, se han consolidado estructuras que permiten rentables negocios.

*En este contexto, el presente informe se realizó con el fin de desentrañar las lógicas que informan el sistema de salud, haciendo principal hincapié en una descripción del financiamiento por entender que se advierte medular si lo que se busca es un cambio de paradigma. Dicho cambio exige creaciones jurídicas e institucionales que comiencen a dar forma a caminos alternativos y conducentes al fortalecimiento de la autonomía.*

*Lo que queda claro es que para realizar cualquier cambio es necesario conocer acabadamente el sistema tal y como funciona hasta el presente. En este sentido, en este informe se propuso un recorrido dividido en secciones sucesivas.*

En el primero de los apartados se trabajó sobre el sistema de salud general que fuera instaurado por las Leyes N° 23.660 y 23.661 en 1988. En ellas se postulaban principios rectores para el ámbito de la salud: integralidad, igualdad y universalidad de las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud público y las obras sociales. Una primera nota importante es que esta estructura se vio fuertemente alterada por las reformas neoliberales que se desarrollaron durante la década del noventa. Con estas medidas se

pretendió instaurar al mercado como regulador de las prestaciones vía leyes de oferta y demanda. Por su parte, la crisis de 2001/2002 estableció un Programa Médico Obligatorio de Emergencia tendiente a garantizar sólo los servicios básicos. Esta reducción marcó un complejo recorrido del sistema de salud que dejó interrogantes relevantes en torno al funcionamiento en la actualidad. Todos estos procesos ahondaron la desigualdad y dependencia de las PCD.

Por otra parte, el devenir y las fluctuaciones del sistema de salud en nuestro país se acompañaron también de un similar recorrido en cuanto a su financiamiento. Éste se organiza asimismo en tres sub-sistemas: el de las obras sociales, el de salud público y el privado. La presentación de este esquema fue la tarea del apartado siguiente al que, luego, siguió el estudio del sistema que prevé la regulación para las PCD, lo que articula distinta y variada normativa.

En primer lugar, la Ley N° 22.431 postula el *sistema de protección integral de los discapacitados* y rige para aquellas PCD que no poseen obra social. Las prestaciones se canalizan - vía presentación de un certificado único de discapacidad - de manera integral por medio del sistema de salud público. El objetivo consiste en “rehabilitar” a la persona.

Luego, la Ley N° 24.901 instituye un *sistema de prestaciones básicas para las PCD*. En términos lingüísticos, esta norma aparece superadora ya que alude a las PCD y no a discapacitados como la precedente. Sin embargo, su contenido es medicalista y se basa en las obras sociales como agentes de prestación, lo que continúa haciendo pertenecer únicamente al ámbito de salud las prestaciones para las PCD.

Más allá de lo analizado en la sección III acerca del funcionamiento del Fondo Solidario de Redistribución, la Ley de Cheques y el presupuesto nacional, vale poner de resalto que hay varias lagunas en la información. Por ejemplo, no se ha podido relevar con certeza el monto de dinero de los reintegros de prestaciones para personas con discapacidad realizados por la Administración de Programas Especiales; dentro de la órbita del Comité creado en virtud de la Ley de Cheques, tampoco fue posible discernir qué monto de dinero se designa a los programas y sub-programas que tienden a la autonomía; además no fue posible identificar, a pesar de pedidos de informes, el monto recaudado en virtud de las infracciones a la Ley de Cheques en forma de multas.

Estas lagunas de lo que debería ser información pública obstaculizan un análisis profundo en general sobre el financiamiento detallado de las prestaciones a personas con discapacidad y específicamente de las prestaciones que pueden considerarse colaboran a impulsar o fortalecer una vida autónoma.

De estas tres primeras secciones del informe puede concluirse que el eje central en nuestro país es el modelo médico y desde este cristal se han inspirado las normas vigentes así como la mayor parte de las instituciones encargadas del diseño de las políticas públicas para PCD.

Las prestaciones que se desarrollan en este sentido articulan los diferentes subsistemas que integran el sistema de salud, lo que permite verificar que la mirada sobre el problema de la regulación de las prestaciones y políticas en general para PCD, vincula de manera directa la temática con una perspectiva de salud. Cabe señalar no obstante que estas prestaciones a la vez se integran con una asignación específica cuyo funcionamiento, aunque opaco, podría iluminarse de manera tal que colabore en la construcción de los primeros pasos de un camino alternativo.

En el sentido de las alternativas se ha basado la última de las secciones. Allí intentó presentarse caminos vigentes en otros contextos, a manera de experiencias comparadas. Su análisis se realizó desde una mirada crítica para poner de relieve los problemas que se advierten dentro de tales construcciones. Sumado a la existencia de algunos senderos ya transitados de manera preliminar e incipiente en nuestro país, la posibilidad de pensar escenarios alternativos puede servir para construir trazos significativos en un sendero que ya ha comenzado pero que requiere sin dudas de profundización y de mucho trabajo colectivo y desafiante. Trabajo, en un sentido progresista, que se preocupe por hacer realidad la autonomía y que, en su construcción, nada decida sobre las PCD sin las PCD.

Entre la agenda política-jurídica que estas incertezas pueden marcar se encuentra sin dudas el desafío de la construcción de una juridicidad a la par de las necesidades y reclamos del movimiento de PCD. Una juridicidad pensada de abajo para arriba, y no al revés.

Frente a la organización de este colectivo en tanto movimiento político en Argentina, el momento es inmejorable para exigir de las autoridades una escucha activa y la apertura de canales reales de participación en la arquitectura de políticas.

Los Derechos Humanos, en particular los contenidos en la CDPCD y especialmente el principio de autonomía, deben ser el guión con el que los estados piensen sus acciones, y es así precisamente, que evaluamos como central la relación entre fortalecimiento de derechos fundamentales, democracia, información y financiamiento. No hay análisis que pueda realizarse sin tener acceso a la información pública y no hay derechos que puedan garantizarse sin fondos que los sostengan. Aunque casi una verdad de Perogrullo, ante el escenario actual de desinformación y/o desorganización de la

información disponible, secreto, dependencia, desfinanciamiento y ostracismo por parte de muchos actores estatales, resulta necesario, una vez más, enunciar estas afirmaciones como un deseo, una agenda política de acción y un derecho fundamental para concretar, por fin, una vida independiente para las personas con discapacidad.

\* \* \* \* \*