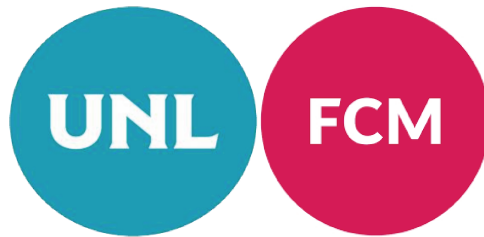


Curso Especialización en Auditoría Médica FCM-UNL

Cohorte 2022-2023



**Estudio Analítico Retrospectivo de las Prestaciones Otorgadas por Amparos
en Discapacidad en Entre Ríos, Argentina**

Trabajo final de la Facultad Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral,
conforme a los requisitos para obtener el título de Especialista en Auditoría Médica por

Dumé, Natalia María.

Directora: Matta, Cecilia

2024

Índice General

Marco Teórico - Antecedentes	4
Concepto de discapacidad y construcción de reglamentaciones internacionales	7
Situación en Argentina y Certificado Único de Discapacidad	10
Sistema de salud en Argentina y el CUD	11
Judicialización en salud y auditoría médica en rehabilitación por discapacidad	13
Presentación del problema	16
Motivación	16
Tema	16
Pregunta problema	16
Hipótesis	16
Objetivos Generales	17
Objetivos específicos	17
Propósitos	17
Metodología	18
Diseño de estudio y aspectos bioéticos	18
Población	18
Parámetros a evaluar	19
Análisis de datos	19

Resultados	21
Discusión	34
Conclusión	40
Referencias	41

Índice de Abreviaturas

ASPO: aislamiento social, preventivo y obligatorio

CIDDM: Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud

CUD: Certificado único de Discapacidad

FCI: Familias de Clasificaciones Internacionales

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OOSS: Obras Sociales

SAS: Sedes de Atención Social

SSS: Superintendencia de Salud

Índice de Figuras

Figura 1	21
Figura 2	22
Figura 3	23
Figura 4	24
Figura 5	25
Figura 6	26
Figura 7	29
Figura 8	32
Figura 9	33

Índice de Tablas

Tabla 1

22

Marco Teórico – Antecedentes

Concepto de Discapacidad y Construcción de Reglamentaciones Internacionales

Un ser humano, a raíz de una noxa en la gestación, en su parto o durante el desarrollo de su vida, puede adquirir una discapacidad que condicionen su estilo de vida, su actividad laboral, sus posibilidades de desarrollo social, requiriendo de distintos apoyos en materia edilicia, como una rampa de acceso al domicilio, un baño adaptado, habitación amplia en planta baja, etc. como así también personal idóneo para manejo cotidiano como ser un familiar o figura de cuidador o enfermero o personal entrenado en rehabilitación motriz, fonoaudiológica, psicología, terapeuta ocupacional, etc., integrando así un nuevo universo en la sociedad: el ser una persona discapacitada.¹

La auditoría médica en rehabilitación por discapacidad es un proceso importante que garantiza la calidad y adecuación de los servicios de rehabilitación médica.² Este tipo de auditoría se enfoca en revisar y evaluar la documentación clínica, los procedimientos médicos, la calidad de la atención y el cumplimiento de las normativas y estándares establecidos para la rehabilitación de personas con discapacidad.²

Tal como lo enuncia la Ley N° 24.901 de la República Argentina en su artículo 2, las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1 de la Ley N° 23.660,³ 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 discapacidades.

En cuanto al término discapacidad, la Real Academia Española la define como “situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social”.⁴

De acuerdo en qué etapa de la vida se desarrolle esta discapacidad, el sujeto tendrá mayor posibilidad de autonomía o dependencia de los distintos recursos disponibles para este colectivo, visibilizando como la sociedad contribuye a empoderar al individuo discapacitado, siendo un sujeto de derechos, portando una identificación especial como es el Certificado Único de Discapacidad (CUD), contando con el trabajo del resto de la comunidad y financiadores para el bienestar de ello.⁵

Desde varias décadas atrás, se instaura la necesidad de plantear este tema, dando cuenta de ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, quien desarrolló una clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), con versión publicada en español en el año 1983,⁶ cuyo contenido principal se detalla a continuación:

- Deficiencia / Daño: toda pérdida o anormalidad de una función o estructura anatómica, fisiológica o psicológica. No indica enfermedad. Características: temporaria o permanente, innata o adquirida, parcial o total.
- Discapacidad: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Características: objetivable (toma forma al tiempo que el individuo toma conciencia).
- Minusvalía / Desventaja: situación que limita al individuo o le impide desempeñar el rol que es normal para él, consecuencia de una deficiencia o discapacidad. Características: la severidad se considera en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

Transcurridos los años, con el fin de catalogar esta población en particular, en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, se aprueba la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), mediante la Resolución WHA54/2001/REC/1 (WHA 54.21), el día 22 de mayo de 2001.⁶

La CIF junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) constituyen las clasificaciones más importantes de las Familias de Clasificaciones Internacionales (FCI).⁷ La CIE consiste en miles de códigos que se utilizan para determinar las enfermedades a nivel mundial, y así adoptar decisiones acerca de la financiación de los sistemas de salud, elaborar estadísticas destinadas a hacer un seguimiento de las tendencias sanitarias y planificar la prestación de servicios.⁷

La CIF, es una clasificación de referencia, cuyos datos pueden ser utilizados para programas de prevención o para identificar las necesidades de los pacientes, y consta de dos componentes, los cuales pueden ser considerados positivos o negativos y a su vez, cada uno, cuenta con varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación, como se explica a continuación.⁷

1. Funcionamiento y Discapacidad: (a) Funciones y Estructuras Corporales; (b) Actividades y Participación
2. Factores Contextuales: (c) Factores Ambientales; (d) Factores Personales.

La salud y los estados “relacionados con la salud” de un individuo pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores, que son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un facilitador o barrera.⁷ Como se muestra en la figura 1, la CIF está basada en un modelo integral de funcionamiento, la discapacidad y la salud.

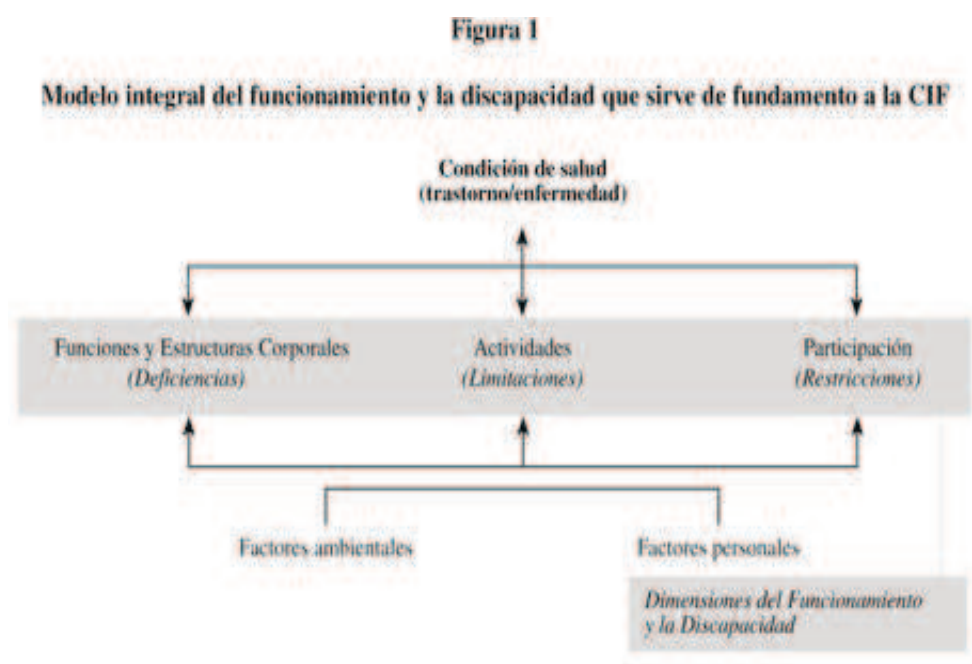


Figura 1. Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad ⁶

Situación en Argentina y CUD

En Argentina, el CUD es un documento público de tramitación voluntaria y gratuita, válido en todo el país que permite ejercer los derechos y acceder a las prestaciones previstas en las Leyes N° 22.431 y N° 24.901.⁵

La Ley de Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad o Ley N° 22.431 fue sancionada y promulgada el 16 de marzo de 1981 por Jorge Rafael Videla, donde describe en su artículo 2 a toda persona discapacitada como “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”, con el objetivo de ofrecer a las personas con discapacidades atención médica, educación y seguridad social.⁹ Mientras que la Ley Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad o Ley N° 24.901 fue sancionada y promulgada el 2 de diciembre de 1997 por Alberto R. Pierri - Eduardo Menem, cuyo objetivo es enmarcar el ámbito de aplicación,

población beneficiaria, prestaciones básicas, servicios específicos, sistemas alternativos al grupo familiar y prestaciones complementarias.¹⁰ Sumándose a este marco jurídico, la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006 o Ley N° 23.378 promulgada y sancionada 6 de junio de 2008.¹¹

Sistema de Salud en Argentina y el CUD

Para tramitar el CUD se debe solicitar un turno con la Junta Médica Evaluadora interdisciplinaria que determina si hubiera la existencia de alguna discapacidad, en cualquiera de las Sedes de Atención Social (SAS) habilitadas, con distribución Nacional y con subsedes en el interior de cada Provincia de la República Argentina.⁵ Para ello, las páginas oficiales, como Argentina.gob.ar detallan los pasos a seguir para una rápida gestión del mismo.

Es necesario mencionar, que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino una multiplicidad de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social, con el fin de acceder a derechos y prestaciones que brinda el Estado como “la cobertura del 100% en las prestaciones de rehabilitación (medicamentos, equipamientos, tratamientos) que requiera en relación a lo que fue certificado como discapacidad”, notándose un incremento paulatino en la emisión de los CUD, con el objetivo de obtener dicho beneficio.

El sistema de salud en Argentina, debe proclamar honrados servicios y tratamientos que respondan a las necesidades de su población. Se vale del recurso humano, financiación, información, estadísticas, suministros, transportes y comunicaciones, valiéndose el Gobierno del país (junto a los Gobiernos Provinciales y Municipios) la autoría de su buen desempeño y ejecución de políticas para su implementación, para salvaguardar a cada individuo de la Nación.

En la década de 1940, con el nacimiento de las Obras Sociales (OOSS), siendo el año 1944 en que se reconoce como "fundacional" de las obras sociales sindicales mediante el Decreto N° 30.655/44, se crea la Comisión de Servicio Social, donde las asociaciones eran voluntarias y su actividad principal era la subvención de servicios sociales, en particular de la asistencia médica, sobre la base de los fondos aportados mensualmente.¹² Las OOSS comprendidas en este inciso, fueron reconocidas por la Ley N° 18.610, continuaron incorporadas al sistema en las condiciones establecidas por la Ley N° 22.269 y se insertaron al régimen de la Ley N° 23.660, cumplimentando los requisitos previstos en la normativa vigente.

Como el sistema de salud es el complemento de todas las organizaciones, instituciones y recursos, con el devenir de los años, ha incorporado distintas normativas y reglamentaciones para garantizar salud a todos sus ciudadanos y habitantes. Los distintos financiadores de salud, han ido transformando sus estrategias a fin de avalar el seguro médico acorde al derecho prefijado para sus afiliados con CUD, debiendo regirse por resoluciones y sus modificaciones, emitidas por Superintendencia de Servicio de Salud (SSS), como por ejemplo el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado por la Resolución del entonces Ministerio de Salud y Acción Social N° 428/1999 o la que en el futuro la reemplace.

También la sanción de la Ley N° 23.661, que en su artículo 24 establece la existencia de un Fondo Solidario de Redistribución para apoyar financieramente a los agentes del seguro de salud. La SSS es la responsable del establecimiento de los criterios de redistribución de estos fondos y de la gestión del Sistema Único de Reintegro (SUR), creado por la Resolución SSS N° 1200/2012, para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los agentes del seguro para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Asimismo, ciertos Agentes del Seguro de Salud, pueden gestionar ante la SSS el reintegro por ciertas prestaciones brindadas a sus Beneficiarios con CUD, a través del llamado Mecanismo de Integración, para lo cual cada financiador predetermina documentación administrativa y contable del médico prescriptor, profesional tratante, transporte, centro de día, etc. que avale el servicio dado. El Mecanismo de Integración tiene como objeto el “financiamiento directo del Fondo Solidario de Redistribución a los Agentes del Seguro de Salud, de la cobertura de prestaciones médico asistenciales previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”.

Judicialización en Salud y Auditoría Médica en Rehabilitación por Discapacidad

El avance constante de los conocimientos científicos se traslada cada vez más rápido y de forma global a la población. Nuevos descubrimientos diagnóstico-terapéuticos una vez divulgados y validados científicamente por pares, pasan a ser deseados por la comunidad de la salud pero también por los propios pacientes, que se informan y exigen muchas veces a sus médicos nuevos medicamentos, implantes o dispositivos para su rehabilitación, independientemente de sus costos, como sucede con nuevas prótesis robóticas y sofisticados sistemas de visión artificial.^{13,14} Esta situación, además de generar un tema bioético para el médico respecto a la toma de decisiones, agrega el aspecto de costos y gestión en salud, dado que, lo que el médico indique a un afiliado de una obra social, implicará la utilización de recursos que son limitados y que posiblemente no puedan ser asignados a otros afiliados. Pero el paciente-afiliado, ante una necesidad y la percepción de que hay algo que potencialmente podría hacerle bien, exige al médico que se lo prescriba, deseando siempre lo último, lo más novedoso para su problema, independientemente de los costos asociados o la completa confirmación científica de que ese tratamiento o terapia de rehabilitación es realmente eficaz y segura. Es en estas situaciones donde generalmente luego de que inicialmente la obra social rechaza acceder a dar esa prestación al afiliado, se llega a una situación de judicializar la salud.

Cuando nos referimos a “judicialización en salud” con la premisa de garantizar el Derecho a la Salud, hacemos referencia a diferentes mecanismos e instancias, como aquellas relacionadas a las cartas documento, peticiones de la defensoría del pueblo, denuncias en la SSS, hasta la necesidad de instrumentar un juicio de amparo. Se trata de actividades promovidas por afiliados mediante herramientas legales, que tienen por objeto proteger los derechos y libertades constitucionales, evitando su vulneración mediante disposiciones, actos jurídicos o simples vías de hecho de los poderes públicos del Estado.¹⁵ Cuando se ha realizado el juicio de amparo y ha resultado favorable al afiliado, exigiendo a la obra social que otorgue una prestación, se genera una jurisprudencia que abre una puerta para que el resto de la comunidad de afiliados con situaciones similares intenten obtener las mismas prestaciones, aunque no necesariamente tengan la misma indicación y necesidad. Pero al existir el precedente, muchas veces las obras sociales, ante similar solicitud, optan por dar las prestaciones sin objeción alguna.

Asimismo, aquellas personas con CUD, generalmente representan una población para las cuáles hay constantemente nuevos métodos de cuidados y tratamientos en rehabilitación. Por lo tanto, esta población es particularmente propensa a requerir a su obra social los últimos adelantos en salud, independientemente de los costos; además, como se trata generalmente de servicios que no están nombrados, se motiva aún más que estos puedan derivar en un recurso de amparo. Conocer las características de los juicios de amparo que ocurren en una obra social, en una región y en un momento determinado, resultan relevantes no sólo para realizar un análisis de gestión y evaluación económica, sino también para poder determinar cuáles son los problemas preponderantes y de esta forma intentar realizar un manejo más eficiente, ante una nueva petición de servicios.

La auditoría médica busca ser un instrumento constructivo, que permita analizar situaciones como las anteriormente relatadas, revisar, educar, corregir esas situaciones, para posteriormente lograr optimizar la provisión de recursos en salud. Específicamente, durante una auditoría médica en rehabilitación por discapacidad, se suelen revisar aspectos

como la planificación del tratamiento, la implementación de terapias y programas de rehabilitación, el progreso del paciente, la coordinación interdisciplinaria, el cumplimiento de protocolos clínicos y la documentación adecuada de los servicios prestados. Si bien se trata de accionar acorde al artículo 12 de la Ley N° 24.201, “Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades. De igual modo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación”.

Por ende, se requiere una cuidadosa consideración de estas circunstancias para elaborar estrategias que puedan mitigar el malestar presente, fomentar un diálogo constructivo y promover un entendimiento mutuo entre todas las partes involucradas. En el presente trabajo, se revisa una muestra de afiliados de una Obra Social Nacional Sindical de la provincia de Entre Ríos con discapacidad que necesitan terapias de rehabilitación y/o prestaciones intradomiciliarias, donde algunas fueron judicializadas bajo acción de amparo a favor para los mismos y otras no, durante el intervalo de los años 2017-2023.

Presentación del Problema

Motivación

Ante cambios vertiginosos en el conocimiento y la tecnología, en un contexto donde los recursos son limitados, pero además considerando a las nuevas demandas de servicios y reconociendo su impacto en las relaciones entre proveedores de salud y entidades prepagas, es esencial analizar cómo la legalización de la medicina está potencialmente influyendo en la toma de decisiones médicas y estableciendo precedentes legales en situaciones inéditas, motivando la necesidad de analizar e identificar los recursos de amparo y el tipo de prestaciones otorgadas en los beneficiarios con CUD, afiliados a una OS Nacional en Entre Ríos.

Tema

Analizar los recursos de amparo, por prestaciones de rehabilitación de afiliados con CUD de la Obra Social Nacional en la Provincia de Entre Ríos, en el período 2017-2023.

Pregunta Problema

¿Cuántos afiliados obtuvieron prestaciones de rehabilitación mediante recursos de amparo, de qué tipo fueron y por qué motivos se otorgaron?

Hipótesis

Se desconoce la cantidad y los motivos de las prestaciones de rehabilitación otorgadas por amparos en afiliados con CUD en Entre Ríos, ante la poca profesionalización del proceso de auditoría médica interdisciplinaria estandarizada.

Objetivos Generales y Específicos

Objetivo General

- Evaluar la judicialización representada mediante recursos de amparo en relación a la población con CUD y prestaciones de rehabilitación de los afiliados a la Obra Social en la Provincia de Entre Ríos.

Objetivos Específicos

- Cuantificar la población con CUD y prestaciones por rehabilitación de una Obra Social Nacional Sindical en Entre Ríos en el período 2017-2023 y analizar su modificación y/o crecimiento en el tiempo.
- Describir y cuantificar los CUD con recursos de amparos.
- Conocer y cuantificar la distribución de casos con CUD y prestaciones de rehabilitación otorgadas en las diferentes regiones de Entre Ríos, comparando casos con y sin recursos de amparo.

Propósitos

Más allá del objetivo general y los objetivos específicos, el presente estudio pretende ser de utilidad a futuro, puntualmente en los siguientes aspectos:

- Generar información sobre afiliados con CUD y tipo de prestaciones otorgadas en el período de estudio, que pueda ser de utilidad para futuras investigaciones dentro de la propia Obra Social en Entre Ríos y a su vez, que pueda ser de utilidad comparativa para otras OOS nacionales provinciales y de países limítrofes.
- A partir de la información generada, promover y enfatizar la relevancia de la formación especializada del personal médico y terapeutas en el ámbito de las auditorías médicas en prestaciones de rehabilitación por discapacidad.

Metodología

Diseño de Estudio y Aspectos Bioéticos

Se ha diseñado un estudio, observacional, retrospectivo en el cual se han revisado los legajos de afiliados con CUD de la obra social nacional sindical en la provincia de Entre Ríos, Argentina. El período de estudio fue de siete años, desde enero 2017 a diciembre 2023. El presente estudio se realizó adhiriendo a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. La información fue mantenida de forma confidencial y se resguardó la identidad de cada caso.

Población

La población de estudio fue constituida por afiliados a una OS Nacional de la Provincia de Entre Ríos con portación de CUD, ingresados en el período 2017-2023 que requirieron prestaciones por “Rehabilitación por Discapacidad”, bajo acción de amparo.

Los criterios de inclusión consideraron a:

- Beneficiarios con CUD, de ambos sexos, con recurso de amparo, en el marco de solicitud de cobertura por prestaciones de rehabilitación por discapacidad.

Como criterio de exclusión, se consideraron:

- Beneficiarios con CUD, de ambos sexos, con patrocinio a favor por prestaciones médicas asistenciales, prótesis, medicamentos, prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Parámetros a Evaluar

Como datos a evaluar, se evaluó el total de afiliados con CUD en el período y el potencial cambio ocurrido en el tiempo, año a año. También se analizó el total de CUD de los afiliados que contaron con recursos de amparo y se discriminó qué tipo de prestación fuera otorgada, en el contexto de actividades de rehabilitación, discriminando también las que fueron prestaciones intradomiciliarias y/o prestaciones intradomiciliarias bajo solvencia económica de la obra social (enfermera, cuidador, o acompañante terapéutico). Se consideró y comparó, además, relacionado con las prestaciones no nombradas, la cantidad y el tipo de prestaciones que fueron otorgadas a afiliados que tenían CUD frente a aquellos afiliados que no tenían CUD.

Otro dato a evaluar, fue la descripción de las dependencias de la OS en la Provincia de Entre Ríos y los casos con y sin amparo en cada región. También se comparó por regiones, analizando de manera complementaria respecto a la cantidad de prestaciones intradomiciliarias realizadas con y sin amparo y su relación con el número total de afiliados en cada región. Se destaca que la OS cuenta con una división geográfica de la Provincia de Entre Ríos, contando con cinco dependencias administrativas, las que a su vez nuclean distintas bocas de expendio o atención a los afiliados del padrón general, con el fin de advenir a toda la población de competencia.

Análisis de Datos

En una primera instancia se describió la muestra a través de las categorías de cantidad de beneficiarios totales, los que presentaron amparo a favor y los que requirieron prestaciones en domicilio en la línea de tiempo preestablecida.

Luego, se realizó un análisis pormenorizado de los datos aportados por las prestaciones no enmarcadas en el Nomenclador Nacional de prestaciones de Rehabilitación

por Discapacidad con Amparo a favor, realizando también una descripción de aquellas realizadas en domicilio como se especifica a continuación:

- Enfermería a domicilio
- Cuidador domiciliario
- Acompañante terapéutico
- Escolaridad Privada
- Equinoterapia
- Prestadores con títulos no habilitados para tal fin.

Asimismo, posteriormente a realizar el análisis en su conjunto mediante estadística descriptiva, se realizó una descripción de la serie de casos revisados. La muestra seleccionada surgió de la organización interna del “Sector Discapacidad de la OS Nacional”, donde se cuantifica a los afiliados con CUD con prestaciones de rehabilitación en cada Agencia y se registra su tratamiento de Rehabilitación y/o apoyos requeridos a un sistema software /SIO (con soporte papel y digital), lo que permite la visualización de aquellas prestaciones otorgadas vía amparo y las que están bajo la nómina exclusiva de la OS, año tras año calendario.

Resultados

El total de afiliados con CUD y prestaciones de rehabilitación por discapacidad en Entre Ríos, entre el año 2017 y 2023 fue de 1716 personas (tabla 1). En la figura 2 se observa la distribución de casos por año y el incremento paulatino que se fue originando durante todo el período. En el año 2023 casi se duplicaron los casos (82,3 %) en relación al año 2017.

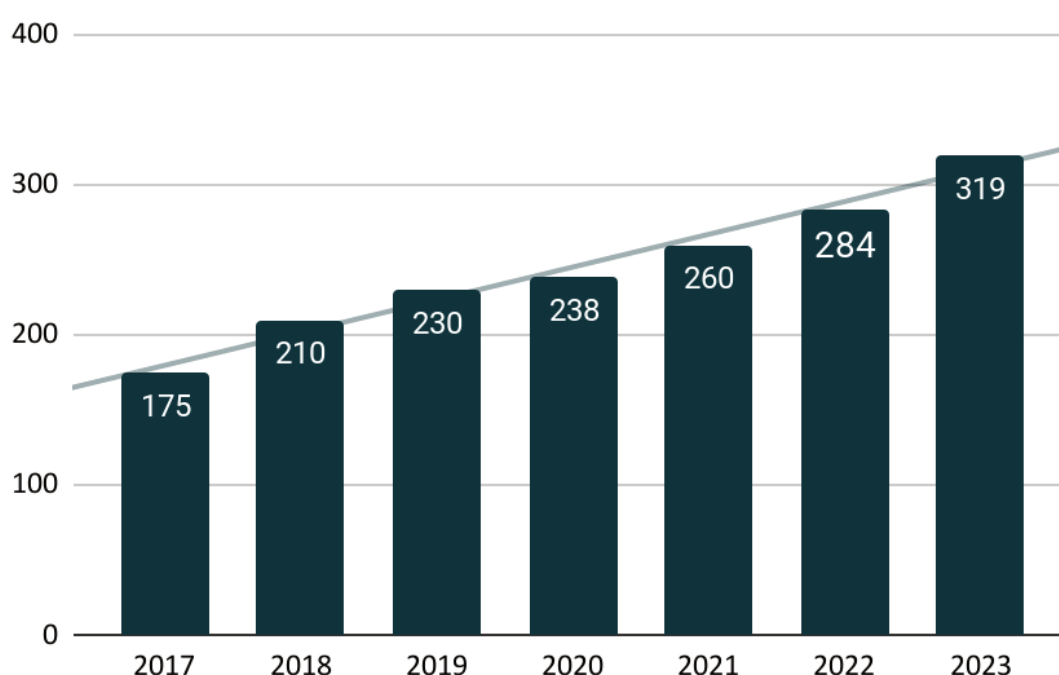


Figura 2. Afiliados que obtuvieron su certificado único de discapacidad, con prestaciones de rehabilitación, entre el 2017 al 2023 inclusive, en la provincia de Entre Ríos, Argentina.

Tabla 1. Cantidad de afiliados de una obra social que obtuvieron el certificado único de discapacidad en la provincia de Entre Ríos, entre los años 2017 al 2023. Se discriminan aquellos afiliados que realizaron amparos y sus respectivos porcentajes en relación al total de cada año y del período completo.

Años	CUD otorgados	CUD con amparo
2017	175	3 (1.7 %)
2018	210	2 (0.9 %)
2019	230	2 (0.8 %)
2020	238	0
2021	260	1 (0.4 %)
2022	284	1 (0.3 %)
2023	319	0
Total	1716 (100 %)	9 (0.5 %)

En relación al total de CUD que contaron con intersección legal (procedimiento de amparo) fueron del 0.5 % es decir, 9 de 1716 Afiliados con CUD, a lo largo de los siete años comprendidos en el período de estudio, como se observa en la tabla 1. En esta tabla también se observa que hay una disminución porcentual de casos con amparo en relación al aumento neto de afiliados con CUD entre el 2017 y el 2023. Respecto a las causas de los amparos, en la figura 3 se observa que el 66,6% (6 de 9) de las acciones con respaldo legal

fueron por escolaridad en instituciones privadas, con solvencia de matrícula inicial y cuota mensual año lectivo calendario (3 de 9) y enfermería a domicilio (3 de 9). En la misma figura se agregó una columna que describe la detección de 2 casos donde se otorgaron prestaciones con títulos no habilitados para tal fin.

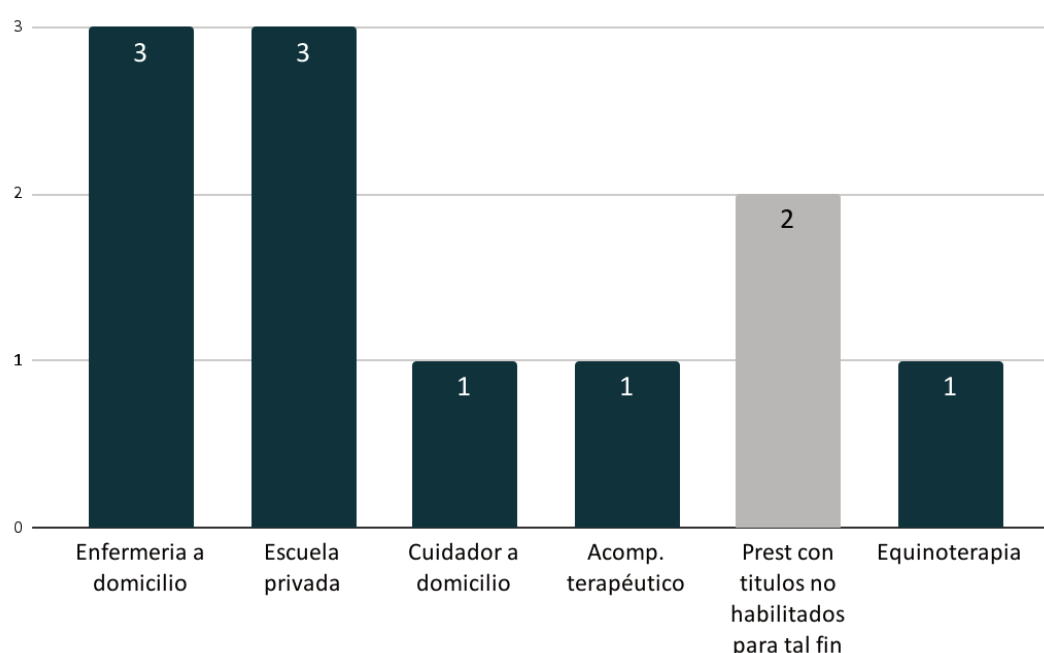


Figura 3. Causas de amparo y tipo de prestaciones otorgadas entre los años 2017 al 2023, en la provincia de Entre Ríos, Argentina (Acomp: acompañante; Prest: prestaciones).

Al comparar las prestaciones no nombradas (figura 4) que fueron otorgadas entre los afiliados que no tuvieron recurso de amparo, se observa mayor predominio de la solicitud de acompañante terapéutico, cuidador a domicilio y enfermería a domicilio, frente a los afiliados que obtuvieron el amparo. En esta misma figura, se identifican dos casos de afiliados que obtuvieron una prestación mediante amparo que fueron otorgadas por prestadores que carecían del título habilitante específico para tal fin.

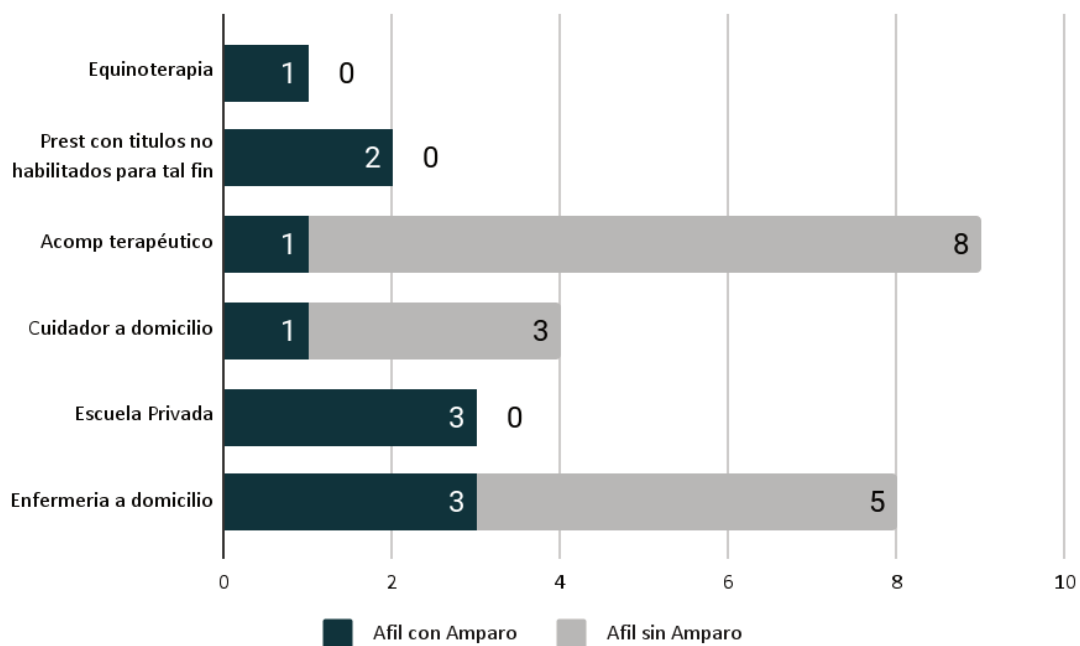


Figura 4. Prestaciones no nomencladas entre afiliados que interpusieron causas de amparo y aquellos que no, entre el 2017 al 2023, en Entre Ríos, Argentina (Afil: afiliado).

Al discriminar por dependencias de la obra social dentro de la provincia de Entre Ríos, se observa en la figura 5 que la mayoría de los casos que tuvieron amparo fueron en Concordia y Paraná, mientras que, para aquellos casos sin amparo, fueron solamente en estas dos grandes ciudades de la provincia.

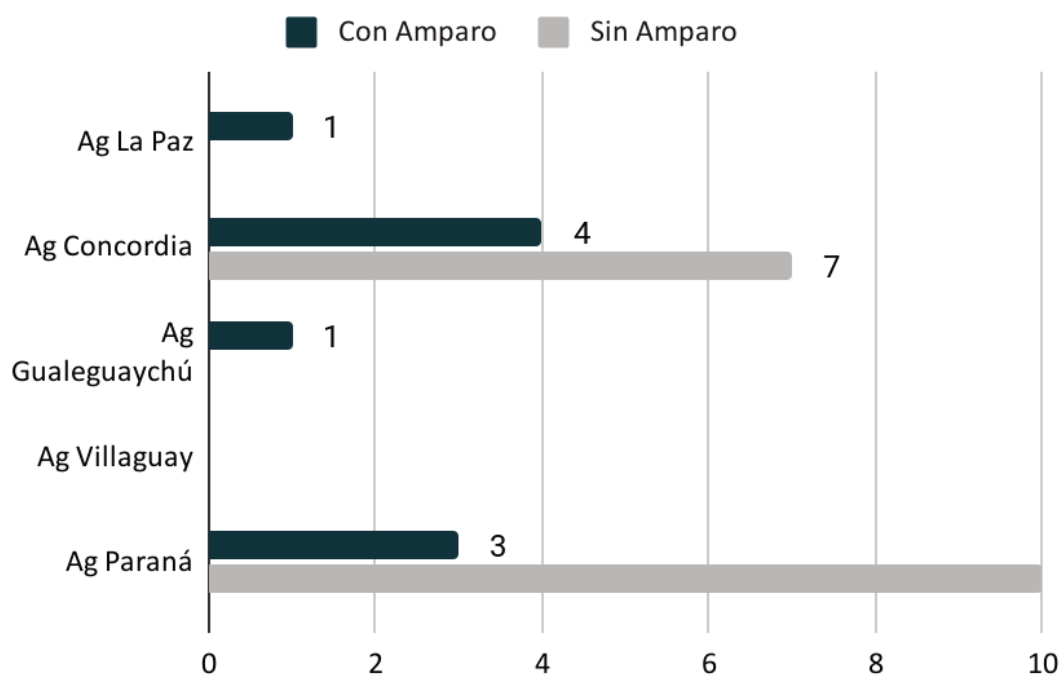


Figura 5. Descripción por las diferentes regiones de Entre Ríos, discriminando los que tenían y no tenían amparo (Ag: agencia).

Al evaluar las prestaciones intradomiciliarias otorgadas en las dos ciudades más grandes de Entre Ríos, Paraná (su capital) y Concordia, observamos en la figura 6 que casi el 9.5 % ocurrieron en Paraná, considerando un total de 95 afiliados y en Concordia se obtuvo un porcentaje similar (10 %), pero con 70 de afiliados.

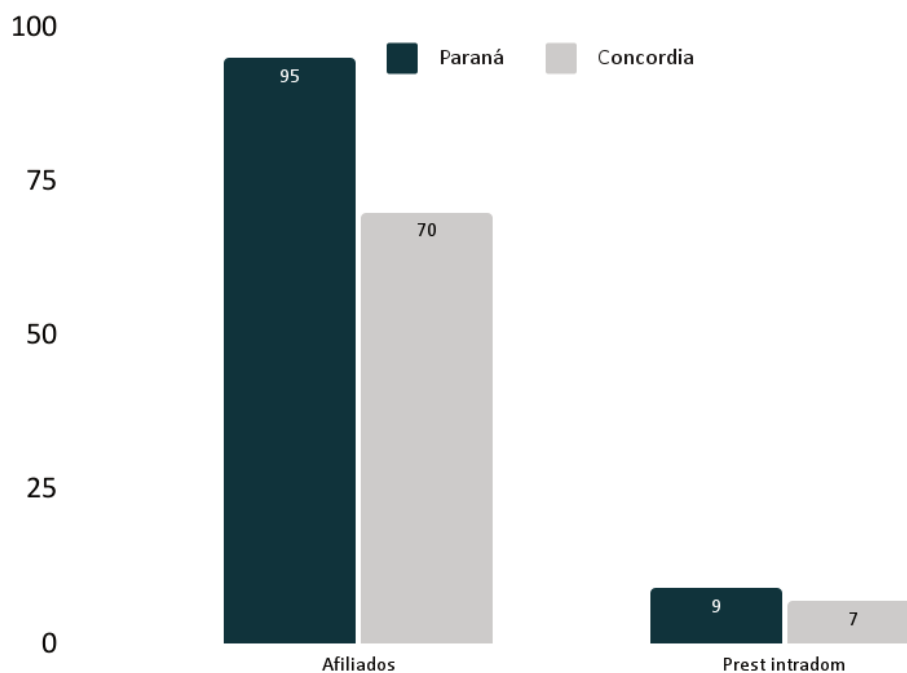


Figura 6. Cantidad de afiliados en las ciudades de Paraná y Concordia, y la cantidad de prestaciones intradomiciliarias realizadas en cada una de estas.

Serie de Casos

A continuación, se describirán las características principales de cada uno de los casos incluidos. Se indicará el sexo, la fecha de nacimiento, el motivo del CUD, la fecha de otorgamiento del amparo, el tipo de cobertura promovida y una breve discusión de cada caso en particular.

Caso 1

- Sexo y fecha de nacimiento: masculino, nacido el 06/09/2003.

- Motivo del CUD: "Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte.

Osteocondrodisplasia, no especificada. Visión subnormal de ambos ojos. Retinopatía de la prematuridad. Hemiplejia, no especificada. Hipoacusia neurosensorial, bilateral"

- Año de otorgamiento del Amparo: 2019, cuando el paciente tenía 16 años

- Cobertura de cuota mensual Escuela Privada hasta finalización (incluía la matrícula inicial)

- Discusión del caso: ¿Por qué la Obra Social debía solventar la cuota en un colegio privado?, cuando se trató de una decisión de los padres enviar a los hijos allí, habiendo colegios públicos, sin pagos de arancel y considerando que la Obra Social da cobertura de prestaciones de rehabilitación (kinesiología, maestra integradora, psicología, etc.) y tratamiento de su patología de base. A pesar de apelar la sentencia, no queda del todo claro el dictamen del juez.

Caso 2

Se trató del hermano del caso 1, al que se le otorgó también cobertura en el mismo colegio, primario y secundario, a causa del antecedente del amparo, ya que se trató de un niño con CUD por “Perturbación de la actividad y atención. Anormalidades de la marcha y movilidad. Paraplejia espástica hereditaria”.

Caso 3

- Sexo y fecha de nacimiento: masculino, nacido el 25/09/2012.

- Motivo del CUD: Epilepsia. Parálisis cerebral infantil. Traqueotomía.

Evolución del CUD conforme renovación y, por ende, habilitación de un incremento en la demanda prestacional, “Dependencia de silla de ruedas. Dependencia de máquinas y dispositivos capacitantes, no específicos. Gastronomía. Incontinencia urinaria, no especificada. Epilepsia. Parálisis cerebral infantil.”

- Año de otorgamiento del Amparo: 2014, desde los 2 años de edad.

- Cobertura: médico a domicilio 1 vez por día, de lunes a lunes, enfermería a domicilio 24hs de lunes a lunes, prestaciones de rehabilitación (psicología, fonoaudiología,

kinesiología, etc.), interconsultas con especialistas, insumos descartables, oxígeno, prótesis, ortesis, desodorante para piso y toda aquella prescripción médica que así lo indique.

- Discusión del caso: En primer lugar, ¿por qué tantas horas de enfermería, médico? ¿Prescripción de psicología al Afiliado, si éste no está orientado en tiempo ni espacio, con escasa a nula respuesta a estímulo -dado que tiene parálisis cerebral profunda-? ¿Por qué repetir Interconsultas con distintos profesionales? siendo que el niño permaneció en la ciudad de Buenos Aires (CABA) durante un 1 año, con cobertura de la Obra Social y se habían realizado previamente las interconsultas peticionadas. Asimismo, ¿por qué la Obra Social debía cubrir productos de limpieza? Con este caso en particular, cada vez que la Obra Social objeta algún pedido médico, el familiar responde con carta documento y/o acción de “incumplimiento de amparo”.

Caso 4

- Sexo y fecha de nacimiento: masculino, nacido el 20/06/14.
- Motivo del CUD: “Espina bífida con hidrocefalo sin otra especificación”
- Año de otorgamiento del Amparo: 2018, a la edad de 4 años.
- Cobertura: enfermería a domicilio de lunes a lunes, por 16hs
- Discusión: ¿por qué se accedió a cubrir tantas horas de enfermería si la mamá nunca trabajó o estudio y el Afiliado asiste a la escuela y/o terapias a lo largo del día? Se proponía inicialmente una cobertura de 8hs diarias, lo que en principio parece más lógico, adecuado y suficiente para poder otorgar un cuidado adecuado, que se combine también con los cuidados de sus familiares encargados y los horarios de las actividades del infante.

Caso 5

- Sexo y fecha de nacimiento: masculino, nacido el 3/ 3/ 1982.
- Motivo del CUD: "Esclerosis Múltiple. Paraplejia flácida"
- Año de otorgamiento del Amparo: 2021, a la edad 39 años.
- Cobertura: enfermería domiciliaria durante todo el día (24hs diarias) todos los días, además de otros implementos, como se observa en la figura 7.
- Discusión: ¿por qué tantas horas de enfermería si el joven tiene familia/conyugue que puede brindar atención? Por la noche, descansa, no sería necesario una enfermera en ese turno. Es relevante contemplar el aspecto social y el estilo de vida en cada caso, pero existiendo familiares o personas encargadas, no está claro el motivo de agregar una persona extra dedicada las 24hs del día, todos los días. Es algo a debatir sobre el uso adecuado de los recursos humanos y económicos. Por otro lado, se proveyó Tablet "Irisbond" y al día de la fecha no sabe utilizarla y cada tanto, solicita que se cubra la capacitación para que se le enseñe a usarla.

[REDACTED] a cubrir en forma inmediata y en favor del actor
 servicio de enfermería las 24 hs. los 7 días de la semana;
 sistema de comunicación aumentativa alternativa (solución
 Irisbond Tablet); y silla de ruedas, cama ortopédica y
 colchón antiescaras conforme especificaciones técnicas;
 todo ello previa caución juratoria del actor o del letrado
 actuante que deberá ser prestada en la instancia a quo; y
 hasta el dictado de sentencia definitiva en la causa.
 No imponer costas ni regular honorarios por la
 presente incidencia atento el carácter instrumental de la
 medida que se decreta.
 Regístrese, notifíquese, difúndase a través de la
 Dirección de Comunicación Pública de la Corte Suprema de
 Justicia de la Nación, y bajen.

Figura 7. Extracto del amparo detallado en el caso 5.

Caso 6

- Sexo y fecha de nacimiento: femenino, nacida el 26/6/1984.

-Motivo del CUD: Hemiplejía no especificada. Retraso mental no especificado.

Disfasia y afasia

-Año de otorgamiento del Amparo: 2014 a la edad de 30 años.

-Cobertura: hidroterapia, equinoterapia, musicoterapia a valor pleno nomenclador nacional de discapacidad.

- Discusión: en este caso se detecta una falta de justificación médica para la solicitud de las prestaciones que están fuera del nomenclador nacional de discapacidad (hidroterapia, equinoterapia, musicoterapia). Asimismo, se destaca un aspecto controversial, ya que los padres forman parte del espacio de equinoterapia, dado que cedieron terrenos para la Asociación de Equinoterapia. El paciente al día de la fecha continua con equinoterapia, acompañante terapéutico y terapias de rehabilitación nombradas.

Caso 7

- Sexo y fecha de nacimiento: femenino, nacida el 2/08/1992

- Motivo del CUD: Hipoacusia neurosensorial bilateral, con implante coclear

-Año de otorgamiento del amparo: 2014, a la edad de 22 años.

-Cobertura: profesora de sordos para que brinde “apoyo especial para orientación laboral”.

- Discusión: ¿por qué una profesora debía dar orientación laboral, si para ello la SSS habilita espacios como “Formación Laboral”? Se observa una situación con un sesgo de

selección de “ese profesor” y a su vez, el mismo profesor brinda “rehabilitación auditiva verbal”. Es decir, da dos prestaciones, una con título habilitada para tal fin y otra no.

Caso 8

- Sexo y fecha de nacimiento: masculino, nacido el 18/6/1986.

- Motivo del CUD: “Parálisis Cerebral espástica”

- Año de otorgamiento del Amparo: 2018, a los 32 años.

- Cobertura: escuela integral, traslado y cuidador domiciliario.

- Discusión: siendo que el joven había superado ampliamente la edad para asistir a escuela integral (32 años) y que aún no había adquirido habilidades de lecto/escritura, ni oficio alguno ¿por qué la OS debía cubrir su cuota mensual y matrícula inicial? Además, ¿porque un cuidador domiciliario? ¿Qué motiva esta necesidad? ¿No existe acaso parte de cuidado de la propia familia? Asimismo, no había una justificación médica. En este caso en particular, previo al amparo (como se ilustra en figura 8) se asistió a la escuela, se habló con el médico prescriptor y manifestó que como la familia se lo solicitaba, el continuara prescribiendo. Es interesante destacar que el médico prescriptor es parte del directorio de la escuela y esto nos hace plantear si es que no existe una incompatibilidad de roles o al menos una limitación ética. Por otro lado, el mismo cuidador también auspiciaba de empleada doméstica. Finalmente, se resalta que, al día de la fecha, este Afiliado con 38 años mantiene la cobertura de la escuela integral.

Por lo expuesto, SE RESUELVE:
Hacer lugar a la acción de amparo interpuesta y ordenar a la Obra Social [REDACTED] [REDACTED] proceda a la inmediata cobertura integral de las siguientes prestaciones, a saber: a) CUIDADORA DOMICILIARIA de lunes a viernes, cuatro (4) horas diarias, por el período FEBRERO/DICIEMBRE 2018, b) ESCOLARIDAD ESPECIAL, por el ciclo lectivo 2018, de Lunes a Viernes de 12,30 a 16,30, horas, desde MARZO/2018 a DICIEMBRE/2018 y c) COBERTURA DE TRASLADO EN REMIS, ida y vuelta desde su domicilio y hasta el Establecimiento Educativo C.E.RE.M. (CENTRO DE EDUCACION Y REHABILITACION DEL MINUSVALIDO), con costas a la demandada (art. 14 de la ley 16986).

Figura 8. Extracto del amparo del caso número 8.

Caso 9

- Sexo y fecha de nacimiento: femenina, nacida el 3/1/2018
- Motivo del CUD: “Retraso del desarrollo. Otras epilepsias y síndromes epilépticos generalizados”.
- Año de otorgamiento del amparo: 2022, a la edad de 4 años.
- Cobertura de prestación por profesor no habilitado para tal fin; vicio de designación del personal.
- Discusión: ¿por qué la OS tiene que aceptar un profesional que no tiene título habilitante, para lo solicitado por el médico prescriptor? Previo al amparo, se propuso a la familia una maestra integradora dispuesta a tomar el trabajo (considerando que era para adaptar contenidos en nivel inicial-jardín) y los papás se negaron. También se intentó negociar el valor con el prestador (dado que la prestación, así como estaba planteada no está regulada por el Nomenclador Nacional de Discapacidad y debía ser costeadada por la Obra Social). Luego, el juez dictamino (ver figura 9) prestación con sesgo de “profesor” a un valor pleno de nomenclador, como una maestra integradora. Se destaca que en el año 2023 el asistente pedagógico cobro dos módulos de “maestra integradora” (siendo que se

reconoce un módulo por niño), a fin de evitar un nuevo amparo. En el año 2024, esta asistente pedagógica no trabaja más con la Afiliada, dejando muchas dudas con respecto a su labor ante su indicación inicial.

No obstante, la afiliada para el año 2024, cuenta con un acompañante terapéutico (prestación a cargo de la Obra Social, con aranceles más acordes a la prestación brindada) y demás terapias de rehabilitación.

RESUELVO:
1º) HACER LUGAR A LA ACCION DE AMPARO INTERPUESTA, POR LOS FUNDAMENTOS VERTIDOS EN LOS CONSIDERANDOS RESPECTIVOS, CONDENÁNDOSE A LA ACCIONADA - [REDACTED] A EFECTUAR LA COBERTURA INTEGRAL SOLICITADA POR LA AMPARISTA Y EN RELACION A SU HIJA MENOR DISCAPACITADA, EN CUANTO A LA PRESTACION SOLICITADA, CONSISTENTE EN UN 100% DE COBERTURA: MAESTRA DE APOYO [REDACTED] EN LOS PERIODOS DE MARZO A DICIEMBRE DE 2022, DE LUNES A VIERNES 3 HS DIARIAS A CARGO DE LA ASISTENTE PEDAGOGICA [REDACTED] Y DE CONFORMIDAD CON LOS MONTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCION CONJUNTA N°12/2021 DEL MINISTERIO DE SALUD Y AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD Y LA QUE EN EL FUTURO LA REEMPLACE. TODO ELLO PRESCRIPTO POR LA MÉDICA TRATANTE PEDIATRA [REDACTED]

Figura 9. Extracto del amparo del caso número 9.

Discusión

En el presente estudio se observó un crecimiento en el número de CUD emitidos por las juntas evaluadoras que llegó a casi duplicarse a lo largo de siete años, entre el año 2017 al 2023 en la Provincia de Entre Ríos, relacionados con afiliados que solicitaron prestaciones por rehabilitación. La relevancia de la emisión del CUD, radica en que es un documento que avala la discapacidad de una persona y le permite acceder a derechos que por ley les brinda el Estado, como las prestaciones básicas de salud, asignaciones familiares como la asignación universal por hijo con discapacidad, gratuidad para viajar en el transporte público, entre otras. Además, con el CUD se facilita el acceso a la solicitud de diferentes tipos de prestaciones orientadas a la rehabilitación y contención de la persona, cuya indicación debe ser precisa y adecuada, para no malgastar recursos humanos y económicos que son finitos, más aún en Argentina, resaltando la importancia que tiene por este motivo el proceso de la auditoría médica.

Según datos aportados por UNICEF en el 2021, un 40% de las niñas y niños con discapacidad de 2 a 4 años y un 36% de los que tienen entre 5 y 17 años no contaban con el CUD.¹⁶ Algunas de las causas son el desconocimiento, la invisibilización, falta de información para realizar trámites, dificultades en el traslado desde lugares más alejados a las capitales donde se certifica, escasez de personal especializado para entregar el CUD a nivel local y capacidades insuficientes en los municipios. Según apreciaciones particulares recabadas de casos reales de la provincia de Entre Ríos, algo similar sucede en general, cuando tras una internación clínica o advertencia de un agente del sistema sanitario o educacional sugiere la tramitación de CUD. Se percibe, por un lado, una tardía identificación del sujeto necesario de apoyos para su rehabilitación y, por otro lado, escollos y desconocimiento por personal sanitario de la importancia que tiene el CUD para la persona que padece el problema. A esto se le suma, la vulnerabilidad, idiosincrasia y cultura particular de la población de áreas rurales de Entre Ríos, que muchas veces desestiman o

no tienen acceso a la posibilidad de acercarse a las agencias donde podrían tramitar el CUD.

La relevancia del CUD se destaca en el artículo publicado por Schiariti V.¹⁷ quien enfatiza su rol biopsicosocial. Asimismo, Toro-Martínez E.¹⁸ se centra en analizar cómo el marco legal, del Código Civil de Argentina, ha sido fundamental para salvaguardar el derecho de la población con discapacidad, donde el CUD se volvió una herramienta básica e indispensable. Todo esto resalta la importancia de tener estudios analíticos de las personas con CUD en Argentina que permitan conocer tendencias epidemiológicas no sólo de problemas médicos en particular, sino también del contexto psicosocial nacional y sus posibles diferencias regionales.

En nuestro estudio, detectamos que el 1.71 % de los tratamientos de rehabilitación y sostén solicitados en el año 2017, fueron con intersección legal mediante amparo, siguiendo un 0.95% en el año 2018, 0.86% en el año 2019 y 0.35% en el año 2021 y 2022 respectivamente. Lamentablemente existe una gran carencia de estudios similares, por lo cual es difícil darle un contexto comparativo a los datos que hemos encontrado. Por lo tanto, no podemos expresar si estos datos y/o el crecimiento observado en la expedición de CUD entre 2017 al 2023 y las prestaciones de rehabilitación han sido relevantes o no. Asimismo, debemos considerar que, desde el 20 hasta el 31 de marzo del 2020, y finalmente, hasta 31 de enero 2021, se dictó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), por lo que los beneficiarios redujeron al mínimo e indispensable sus prestaciones en el contexto de la pandemia del coronavirus. En nuestro país existe un estudio publicado recientemente, que analizó los CUD emitidos en población infanto-juvenil en la ciudad de Buenos Aires, entre el 2010 hasta el 2017.¹⁹ En este trabajo, Puga C y col. encontraron que, de una población de 22750 pacientes menores a 18 años del Hospital Italiano de Buenos Aires, 726 (prevalencia del 3.2 %) solicitaron el CUD en un período de tiempo total similar al nuestro (7 años). Es interesante destacar que, en ese trabajo, aunque la población fue distinta a lo analizado en este estudio, también encontraron un incremento en la emisión del CUD, que creció año a

año, llegando a duplicarse en el 2017. Pero son escasos los datos que tenemos del CUD a nivel regional y sólo podemos mencionar que, a partir del censo realizado en el 2001 con datos publicados por el INDEC,²⁰ junto a lo analizado por Moya G. en un trabajo publicado en el 2016,²¹ se estima que, en Argentina, sólo un 14.6 % de las personas con discapacidad tienen el CUD.

En nuestro estudio encontramos que el 66,66% de las acciones con respaldo legal mediante recurso de amparo fueron por escolaridad en instituciones privadas, con solvencia de matrícula inicial y cuota mensual año lectivo calendario y enfermería a domicilio. Mientras que el 50 % de las prestaciones intradomiciliarias, sin recomendación legal, corresponde a la figura de acompañantes terapéuticos, el 31,5% lo ocupa enfermería a domicilio y a continuación, el 18,75% expresado por cuidador domiciliario. Otro dato que se manifiesta, es que el 33,33% de acciones de amparo fueron similares a las prestaciones intradomiciliarias. Esto nos muestra una realidad que amerita una apreciación singular, donde se visibiliza no sólo la alta demanda de prestadores intradomiciliarios, sino también la necesidad de reexaminar el rol de la auditoría médica, con franco interés en evitar la legalización de la petición del servicio, pero sin postergar las necesidades particulares e individuales de cada beneficiario solicitante. Vemos en el presente estudio, algunas prestaciones otorgadas como acompañante terapéutico, cuidador terapéutico y enfermería domiciliaria, hay más casos “sin” que “con” amparo. Se interpretan estos resultados de la siguiente forma: una vez que una prestación de rehabilitación debe ser otorgada tras la interposición de un recurso de amparo, genera un precedente para que la obra social ceda posteriormente ante pedidos similares, muchas veces sin un análisis pormenorizado del caso, para evitar el amparo. Por lo tanto, a partir del análisis de nuestros datos, se introducen nuevos elementos a considerar en las negociaciones contractuales, las tarifas por servicios y las políticas de cobertura. Se debe proceder a realizar evaluaciones exhaustivas de cada caso en particular y sobre el impacto económico, antes y después de la legalización de nuevas prácticas o tratamientos, a fin de garantizar que los recursos

necesarios estén disponibles y que se minimice el riesgo para la viabilidad financiera a largo plazo del sistema de salud. En nuestro estudio no se analizaron aspectos económicos, detectando que sería interesante agregar esta variable para futuros estudios que se puedan realizar en Argentina.

Considerando que Argentina es un país extenso y diverso tanto en geografía, aspectos climáticos, pero también en relación a su mapa socio-demográfico, es interesante conocer qué sucede en las diferentes regiones de Entre Ríos. Al analizar los datos, encontramos que el 44,44 % de las acciones de amparo corresponden a afiliados de la agencia Concordia, continuando delegación Paraná con el 33,33% de los casos y por último con el 11,11% las agencias de La Paz y Gualaguaychú respectivamente. Asimismo, si se compara a las Agencias Paraná y Concordia, quienes poseen mayor número de afiliados con CUD con prestaciones bajo la órbita “integración” y prestaciones “intradomiciliarias” al 2023, Paraná muestra el 58,82% de prestaciones en domicilio, con un registro de 95 Afiliados. En cambio, agencia Concordia, con 70 Afiliados manifiesta un 41,17% de prestaciones en domicilio. Esta información está acorde a aspectos demográficos poblacionales de la provincia, ya que Paraná y Concordia son las dos ciudades más relevantes en esos aspectos. Aunque no fue motivo del presente estudio, se podría analizar a futuro potenciales relaciones entre la cantidad de CUD emitidos en estas ciudades y factores de riesgo o niveles educativos y sanitarios de la población. De esta forma, se podría más adelante, aprovechar esa información para trabajar en prevención de enfermedades o condiciones que deriven en discapacidad.

El análisis de estos datos conlleva además interpretar al potencial impacto que contiene la introducción de nuevas prácticas o tratamientos legalizados en el ámbito de la salud en los costos operativos y la inversión requerida por parte de los proveedores de salud. Esta influencia, se deriva de varios factores interrelacionados que afectan la infraestructura, los recursos humanos y los presupuestos financieros de las organizaciones de salud. Como mencionamos anteriormente, una potencial limitación del presente estudio

es que no se evaluó el costo de las prestaciones. Pero es fundamental evaluar cómo estos cambios en las tendencias de prestaciones afectan los servicios, no sólo considerando sus costos, sino también la accesibilidad para los pacientes y las relaciones entre los actores involucrados, con el fin de garantizar una transición efectiva hacia un sistema que pueda brindar una atención médica eficaz y equitativa. De igual manera, es crucial realizar evaluaciones detalladas del impacto económico y desarrollar estrategias para garantizar que los recursos necesarios estén disponibles, minimizando así el riesgo para la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Auditar prestaciones de rehabilitación en personas con discapacidad implica revisar y evaluar los servicios de rehabilitación proporcionados para garantizar su calidad, eficacia y cumplimiento de normativas. Teniendo como objetivo asegurar que la frecuencia y duración de las sesiones de rehabilitación estén alineadas con las necesidades individuales de cada Afiliado. Su principal característica es la continuidad, de naturaleza dinámica que no busca curar, sino prevenir complicaciones tratando de devolver o preservar la función. Incluye medidas de prevención, rehabilitación propiamente dicha e integración, relacionadas al daño, la discapacidad y la minusvalía.

Es útil señalar nuestro estudio nos hace reflexionar la importancia que debe tener en la formación médica en general, el marco del actual ejercicio de la medicina basada en las evidencias, los cambios y el peso que esto produce a nivel global,²² con el poder que enmarca la solicitud de una prescripción, habiendo aducido insistencia del afiliado con CUD o su familiar a cargo, negándose a las sugerencias emitidas por la auditoría médica de la Obra Social y culminando en la acción del amparo. Al ser un universo complejo, el “afiliado discapacitado” sería una meta a considerar por la Obra Social, fomentando la creación de un gabinete o espacio interprofesional para auditoría de prestaciones de Rehabilitación, con capacitación continua, reduciendo al mínimo la intervención de un juez, restando la acción de amparo.

Estas recomendaciones podrían incluir propuestas para mejorar la legislación vigente, implementar cambios en los procesos administrativos, promover la formación especializada de todo el personal médico y terapeutas, así como fomentar la sensibilización sobre las necesidades de las personas con discapacidad en el ámbito de la rehabilitación. La obra social podría organizar talleres, seminarios y cursos de formación específicos para médicos, terapeutas, enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos programas podrían abordar temas como la atención centrada en la persona, técnicas de comunicación efectiva con personas con discapacidad, y la importancia de adaptar los servicios de rehabilitación a las necesidades individuales de cada paciente.

Al promover una mayor sensibilización, se estaría trabajando no solo en la prestación de servicios, sino también en la creación de una cultura organizacional inclusiva y comprometida con el bienestar integral de los afiliados con discapacidad.

Conclusión

El presente estudio encontró un aumento considerable en la cantidad de afiliados de una obra social que obtuvieron el CUD con prestaciones de rehabilitación, entre el año 2017 y el año 2023 en la provincia de Entre Ríos, pero el porcentaje de casos judicializados mediante recurso de amparo disminuyó porcentualmente. Las regiones con más afiliados con CUD y que recibieron prestaciones especiales en Entre Ríos fueron las ciudades de Paraná y Concordia.

Finalmente, con el presente trabajo deseamos proponer y exponer la necesidad de la creación de un gabinete interprofesional que analice cada tratamiento de rehabilitación solicitado por el afiliado con CUD. También, destacamos la importancia de sugerir estrategias de abordaje del tratamiento integral, para el binomio “afiliado con CUD y Obra Social”. Asimismo, se debe estimular la correcta y nutrida interacción entre el médico auditor y el paciente, como también entre los médicos prescriptores y abogados, donde todos deben comprender la implicancia que tienen sus decisiones, no sólo para el paciente en particular, sino también para la comunidad de afiliados a determinada obra social o empresa de medicina prepaga.

Referencias

1. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/derechos-personas-con-discapacidad#titulo-2> (Acceso 7 de Julio de 2024).
2. Aranguren, Edmundo C., Ricardo A. Rezzónico. Auditoría médica. Buenos Aires, Argentina: Fundación Favaloro, 1999.
3. <http://www.saij.gob.ar/24901-nacional-sistema-prestaciones-basicas-habilitacion-rehabilitacion-integral-favor-personas-discapacidad-Ins0004237-1997-11-05/123456789-0abc-defg-g73-24000scanyel?#CT000> (Acceso 7 de Julio de 2024).
4. <https://dle.rae.es/discapacidad?m=form> (Acceso 7 de Julio de 2024).
5. Ministerio de Salud, Agencia Nacional de Discapacidad. Certificado Único de Discapacidad (CUD). <https://www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud#:~:text=El%20CUD%20es%20un%20documento%20p%C3%BAblico%20v%C3%A1lido,%20en%20todo%20el,del%20Certificado%20%C3%91nico%20de%20Discapacidad> (Acceso 7 de Julio de 2024).
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.
7. Jiménez Buñuales MT, González DP, Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76: 271-279.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades <https://www.who.int/es/standards/classifications/classification-of-diseases> (Acceso 7 de Julio de 2024).

9. Poder ejecutivo nacional; Sistema de protección integral de los discapacitados. LEY N° 22.431. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/texto> (Acceso 7 de Julio de 2024).
10. Honorable congreso de la nación Argentina. DISCAPACIDAD SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-47677>. (Acceso 7 de Julio de 2024).
11. Honorable congreso de la nación Argentina. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317> (Acceso 7 de julio de 2024).
12. Galli A, Pagés M, Swieszkowski S. Breve Historia del Sistema de Salud en Argentina. Sociedad Argentina de Cardiología. 2017;4-12 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sadamweb.com.ar/news/2019_06-Junio/El_Sistema_de_Salud_en_Argentina.pdf (Acceso 7 de julio de 2024).
13. Assare-Mokwah E, Arunkumar S. Application of human-centered design principles to wearable exoskeletons: a systematic review. *Disabil Rehabil Assist Technol*. Published online October 23, 2024. doi:10.1080/17483107.2024.2415433
14. Rudinger B. Bridge or barrier: technology, well-being, and blindness. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2023;18(6):904-912. doi:10.1080/17483107.2021.1937342
15. La judicialización de la salud pública en la Argentina. Vol. 29 Extraordinario XXVIII Congreso 2019 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097139> (acceso 15 de octubre de 2024).
16. UNICEF. Discapacidad en la niñez y adolescencia en Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/discapacidad> (Acceso 18 de Julio de 2024).

17. Schiariti V. Rol del certificado único de discapacidad en Argentina: ¿enfoque biopsicosocial en la definición de discapacidad o certificado de accesibilidad? [Role of the single certificate of disability in Argentina: biopsychosocial approach in the definition of disability or certificate of accessibility?]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2022;79(3):215-216. Published 2022 Sep 16. doi:10.31053/1853.0605.v79.n3.38696
18. Toro-Martínez E. El modelo social de la discapacidad en Argentina: paradigma de la toma de decisiones con apoyos y salvaguardas en el nuevo Código Civil argentino [The social model of disability in Argentina: Paradigm of decision-making support and safeguards in the new Argentine Civil Code]. *Vertex*. 2015;26(122):284-291.
19. Puga C, Pagotto V, Giunta D, et al. Prevalencia e incidencia de discapacidad a partir del Certificado Único de Discapacidad en un hospital universitario del Área Metropolitana de Buenos Aires [Prevalence and incidence of disability based on the Unique Certificate of Disability at a teaching hospital in the Metropolitan Area of Buenos Aires]. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(3):183-187. doi:10.5546/aap.2019.eng.183.
20. INDEC ECMI. Censo 2001 - Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad.
http://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/ENDI_NUEVA/ampliada_lista_total.asp?Cap=13&Apertu=0. (Acceso 18 de Julio de 2024).
21. Moya G. Derechos de los pacientes con enfermedades que se asocian con discapacidad: marco legal actual. *Arch Argent Pediatr*. 2016; 114(4):355-60.
22. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133-2161. doi:10.1016/S0140-6736(24)00757-8.