

18-11-2014

Curso anual de Auditoría Médica Hospital Alemán Dr. Orlando, Agustín

DISCAPACIDAD Y SU
COBERTURA EN
MEDICINA PREPAGA



Álvarez, Verónica
Avalos, Mirtha
Serén, María Sol

INTRODUCCION

Según el informe de la O.M.S (1) “...más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ella, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento.

En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aun mayor ya que su prevalencia está en aumento. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también el aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental”...

Tanto la Convención Internacional de Derechos para personas con Discapacidad como la ley de medicina pre-paga vienen a modificar conceptos arraigados en materia de Discapacidad especialmente en organizaciones de salud donde la problemática de la discapacidad no era atendida de manera integral.

El reconocimiento de estos derechos implican no solo un alto impacto económico sino también implican la necesidad de generar cambios, de contar con conocimientos adecuados y de establecer estrategias que permitan adecuar la practica a las nuevas normativas vigentes, brindando calidad en el servicio y optimizando los recursos.

1 Siglas de la Organización Mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

DEFINICION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La discapacidad es la restricción o ausencia, debido a una deficiencia (pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de este), y la posibilidad de realizar una actividad de la forma o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano, limitando o impidiendo el desarrollo de un rol que es propio en su caso, en función de la edad, sexo, y factores culturales y sociales.

Esta definición abarca los tres conceptos básicos de disminución, discapacidad y minusvalía definidos por la O.M.S.

DE LOS VIEJOS A LOS NUEVOS MODELOS CONCEPTUALES

La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera distinta en diferentes periodos históricos y en las diversas civilizaciones.

Modelo Tradicional

Se basa en conocimientos, opiniones y prácticas determinadas por la cultura y la religión.

Las personas con discapacidad son ubicadas a lo largo de una línea de lo humano a lo no humano, sin ser valoradas o percibidas como demoniacas o desafortunadas y con frecuencia asumen el papel de proscritos.

Por ejemplo, algunas culturas practican el infanticidio, rechazando la humanidad de infantes con discapacidad, tal el caso de la antigua Esparta, pueblo guerrero, cuyos niños nacidos con discapacidad eran inmediatamente arrojados desde la cima del monte Taigeto.

Modelo Médico

El “problema” es ubicado en el cuerpo de la persona con discapacidad. El contexto es la clínica o la institución. Las personas con discapacidad asumen el papel de pacientes, donde la autoridad está en poder de los profesionales, y la discapacidad queda reducida al nivel de deficiencia.

La perspectiva de una persona con discapacidad y los factores sociales, usualmente no forman parte de la base de conocimientos del modelo médico.

Considera discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condiciones de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

El tratamiento de la discapacidad esta apuntado a una cura.

Aspectos positivos:

Atención de estructuras administrativas, concientización de la sociedad, desarrollo de medidas terapéuticas y compensadoras.

Aspectos negativos:

Perpetúa elementos de estigmatización, subraya diferencias entre discapacitado-no discapacitado.

Subraya diferencias entre tipos de discapacidades.

Modelo Social

Define a la discapacidad como un problema social, centrado en la integración de la persona en la sociedad.

Se da un complejo conjunto de condiciones creadas por el contexto/entorno social. Donde hay una responsabilidad colectiva de la sociedad para hacer las

modificaciones ambientales necesarias para la participación de las personas con discapacidad en las áreas de la vida social.

Lo más importante son las características del entorno, sobre todo el construido por el hombre, que en su interacción con los déficit del individuo hace que la persona experimente ciertas desventajas.

Modelo de Vida Independiente

Actualmente hay una nueva tendencia en el modo de entender la discapacidad, definido a través del modelo social de vida independiente.

Está basado en la posibilidad de las personas con discapacidad de ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de la comunidad, conforme al derecho de libre desarrollo de la personalidad y la vida personal y social bajo los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación.

Modelo Bio-psico-social

Este modelo tiene sus inicios en 1977, con George Engel, el cual propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.

La discapacidad se entiende como un conjunto de elementos biológicos, sociales, y culturales que conforman interrelaciones en donde todas se ven afectadas si una de ellas cambia.

Se genera una interrelación entre un individuo (con una condición de salud) y su entorno físico y social.

En la actualidad se apoya cada vez más con mayor fuerza la afirmación que las condiciones de vida y los estilos de vida, constituyen variables significativas que modifican el momento de la aparición y el curso de las

enfermedades. Por ejemplo, en los periodos de duelo, o en aniversarios traumáticos, el agravamiento de enfermedades autoinmune es notorio.

TIPOS DE DISCAPACIDAD

Física: se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Sensorial: corresponde a personas con deficiencias visuales, auditivas, y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Intelectual: está caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa manifiesta en las habilidades prácticas, sociales y conceptuales.

Psíquica: están presentes trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.

Visceral: está dirigido a aquellas personas que debido a alguna deficiencia en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovasculares, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino, y genitourinario, están imposibilitadas a desarrollar actividades con total normalidad, pese a tener la mayoría de las veces su capacidad intelectual, sensorial o motora, en su totalidad. Ej. Cardiaco, diabético.

GRADOS DE DISCAPACIDAD

Total: cuando el individuo ha perdido más de un 66% de sus capacidades.

Parcial: porcentaje menor a 66%

Permanente: no hay recuperación ad-integrum de la capacidad afectada.

Transitoria: la capacidad afectada puede ser recuperada a través de los diferentes medios terapéuticos.

MARCO LEGAL QUE SUSTENTA LA POLITICA Y GESTION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Ley 24.901-“Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”

Nuestro país, reconociendo los derechos de las personas con discapacidad y los señalamientos de organismos internacionales sobre las personas con discapacidad, ha establecido un Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, regulado la ley 24901.

Ley 26.682 -“Marco Regulatorio de Medicina Prepaga”

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Art 1°- “Sustituyese el artículo 1° de la Ley N°26.682 por el siguiente:

-Objetivo. La presente ley tiene por objetivo establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661”.

CAPITULO III

DE LAS PRESTACIONES

Art. 7°- “Obligación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1 ° de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura medico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Ley 26.378 -“Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo”

Preámbulo

“...reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás...”

Art 1- Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, en igualdad de condiciones con las demás.

Art 25- Salud

Los estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados partes adoptaran las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionaran a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionaran los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y

reducir al máximo aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

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

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

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

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

Art 26- Habilitación y rehabilitación

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

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinaria de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las

personas lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

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

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

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

El sector público asume los roles de conducción, regularización y control del sistema, la provisión de bienes públicos (información, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente) y de atención médica y el financiamiento de la mayor parte de estos servicios públicos. Este sector está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios de Salud Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes y centralizados o descentralizados. También forman parte del sector otros organismos públicos que realizan acciones vinculadas a la atención de la salud, aunque dependan jerárquicamente de otras áreas de gobierno como el programa de atención de la salud para beneficiarios de pensiones no contributivas y los programas de sanidad de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

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

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

Además, pueden destinar fondos para otorgar otras prestaciones sociales. Las Obras Sociales administran fondos de seguro que provienen de la recaudación de aportes y contribuciones de empleados y empleadores que se fijan como porcentajes de la nómina salarial (3 y 5 % respectivamente).

También se consideran Obras Sociales Nacionales las que brindan cobertura a empleados de los Poderes Legislativos y Judiciales, Universidades Nacionales y Fuerzas Armadas y de Seguridad.

El sector privado esta desde el punto de vista del financiamiento constituido por las familias, las empresas y las instituciones sin fines de lucro como financiadores directos y por las administradoras de fondo de seguro voluntario comúnmente denominadas Empresas de Medicina Prepaga, como financiadores intermedios.

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

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

Estos agentes se financian mediante la cuota que pagan sus afiliados y los copagos de servicios prestados.

Finalmente existe una amplia oferta de servicios de prestadores privados conformada por profesionales de la salud en sus consultorios particulares Hospitales, Clínicas y Sanatorios con o sin fines de lucro e instituciones que prestan servicio de diagnóstico y tratamiento de emergencia.

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

El Servicio Nacional de Rehabilitación es un organismo Público descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y es rector, dentro del ámbito de la salud, en lo referente a la normalización y ejecución de las políticas en discapacidad y rehabilitación.

Certificado Único de Discapacidad (CUD)

El CUD es un documento que permite el acceso al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por la normativa en la materia (Ley 22.431 y 24.901), para las personas con discapacidad.

Es voluntario y consta de una evaluación interdisciplinaria en la que los profesionales determinaran, de acuerdo a la documentación presentada por el interesado, si se encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación de discapacidad.

Puede ser tramitado por el interesado o un familiar directo o un tercero debidamente documentado. Si la persona es menor de edad, debe concurrir con su padre, madre o tutor y presentar la documentación necesaria. Según la ley de Inmigración N° 25.871 toda persona extranjera, y que habite el suelo argentino tiene los mismos derechos que los ciudadanos argentinos, teniendo acceso a la obtención del CUD, para lo cual debe presentarse con el documento vigente y certificado de domicilio.

La validez del CUD dependerá de la funcionalidad de la persona y oscilará entre 1 y 10 años dependiendo de la edad:

- de 0 a 5 años de edad hasta 5 años de vigencia.
- mayores de 5 años, 10 años de vigencia como máximo.

Con este documento las personas con discapacidad pueden acceder a beneficios como: transporte terrestre gratuito, cobertura médica gratuita, empleo en organismos estatales, exención de patentes, etc.

Acciones a partir de la implementación del certificado único de discapacidad (CUD).

El registro nacional de situación de las personas con discapacidad reúne los datos registrados en la solicitud y el protocolo del Certificado Único de Discapacidad.

El primer anuario estadístico se publicó en año 2010.

El sistema Pentaho brinda a las provincias la posibilidad de procesar su propia información estadística.

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

DEL MODELO MEDICO REHABILITATORIO AL MODELO BIO PSICO SOCIAL

Para consultar la vigencia de este certificado consulte la página WEB: www.dhccapacidades.gov.ar

El presente certificado tiene validez hasta el: _____

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Lugar: _____ Fecha emisión: _____

EMISOR POR LA RUTA NACIONAL EN LA REPUBLICA DE LA ARGENTINA

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

APPELLIDO Y NOMBRE	NOMBRE PADRE	NOMBRE MADRE

LA ATENCION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DENTRO DEL SUB-SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGA

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

El área de Discapacidad funcionaria dentro de lo que sería el financiador pero prestando asistencia también al prestador de servicios.

El funcionamiento del individuo es una relación compleja donde existe una interacción entre su condición de salud y los factores ambientales; estos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento.

El abordaje tiene como ejes por un lado la inclusión social, la rehabilitación integral y los entornos accesibles y por otro lado la construcción de facilidades ambientales para que las personas con discapacidad puedan desplegar todas sus posibilidades.

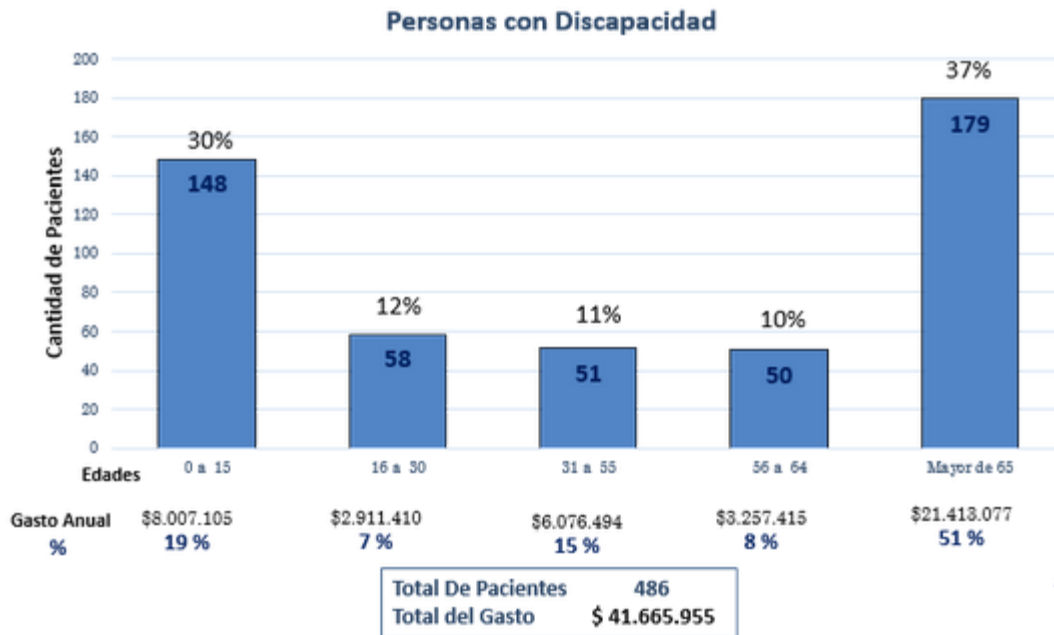
Esta concepción permite integrar todas las dimensiones de la persona con discapacidad parte de una responsabilidad colectiva e involucra a todos los actores sociales para que cada uno desde su ámbito pueda aportar su conocimiento y experiencia para poder realizar las modificaciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan participar e interactuar de la mejor manera posible en todos los ámbitos de su vida diaria y reducir al mínimo todas las desventajas que experimentan diariamente.

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

De acuerdo a las estadísticas llevadas a cabo los mayores índices de discapacidad se producen entre los individuos de 0 a 15 años o en los mayores de 65 años, siendo ambos de un 30 a un 37% de la población de afiliados en una medicina prepaga. En las edades de 16 a 64 años el promedio es sensiblemente inferior ya que oscila entre un 10 a un 12%.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN UNA EMPRESA DE MEDICINA PRE-PAGA

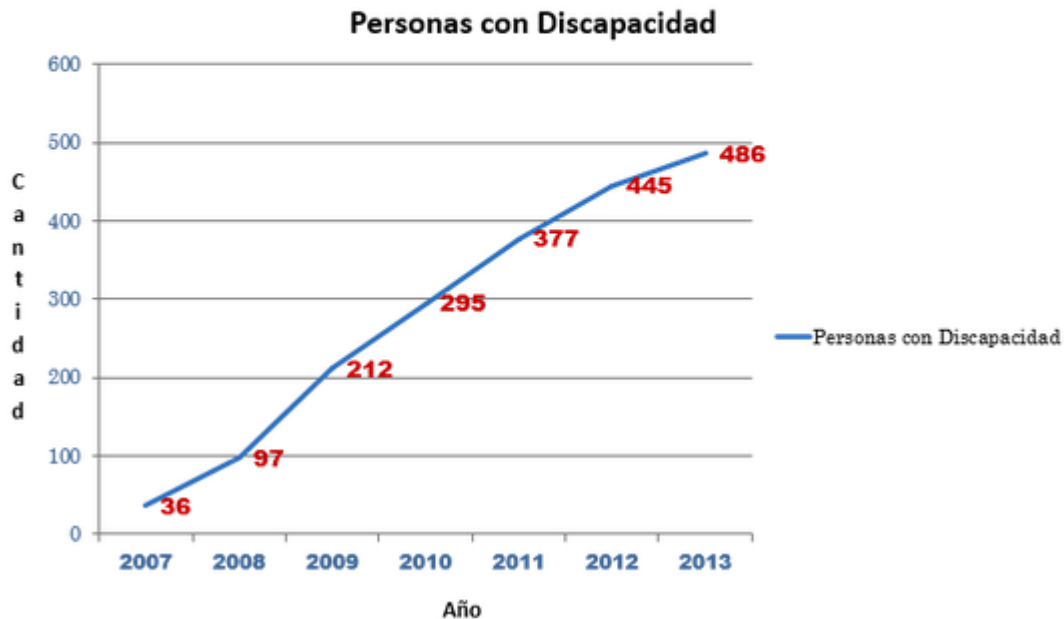
• DISTRIBUCIÓN ETARIA



Prestaciones Adecuadas para Situaciones Especiales

El aumento de población de personas con discapacidades creció rápidamente de acuerdo a los registros desde el año 2007 al 2013.

- Crecimiento de Población con DCP



Con la nueva ley de empresas de medicina prepaga nro. 26.682, se modificaron algunos conceptos de cobertura prestacional para personas con diferentes discapacidades.

El otorgamiento dado por la ley de diferentes servicios, significa un incremento importante en los presupuestos de las empresas de medicina, siendo absolutamente necesario una adecuación de los recursos y un control estricto de los diferentes casos.

Siendo los recursos limitados y las prestaciones infinitas la necesidad de una auditoria de salud se torna imprescindible. La atención del paciente, requerimiento médico y su cobertura en el marco legal debe ser llevada a

cabo con equilibrio coordinación y seguimiento.



Equilibrio – Coordinación – Seguimiento

En los casos de difícil abordaje se conformará un Equipo Interdisciplinario, el cual realizará la coordinación del tratamiento y el seguimiento del mismo.

Estos equipos deberán estar lo suficientemente capacitados a fin de realizar acciones de evaluación y orientación individual familiar y grupal, y aquellas que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas, como así también programas preventivo-promocionales de carácter comunitario. Tendrá también a su cargo el pronóstico estimativo de la permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado.

Accesibilidad

El médico tratante solicitará las prestaciones de DCP, y derivará al paciente a un equipo de admisión de las distintas especialidades, este evaluará y elevará a auditoría médica y/o programas especiales para la autorización de la cobertura, el cual se basará en las leyes de discapacidad y la necesidad del paciente para aprobarla.

COBERTURAS DE PRESTACIONES EN MEDICINA PRE-PAGA

A continuación se podrán observar algunos ejemplos en la cobertura de prestaciones en Medicina Prepaga.

PRESTACIONES AUTORIZADAS I

1

• Marco Básico de Prestaciones de DCP

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Niños/as de 0 a 4 años y con justificación médica se extiende hasta los 6 años. Lo debe brindar un centro habilitado (no profesionales solos)

PRESTACION DE APOYO:

Modulo Integral Simple: de 2 a 4 sesiones semanales con diferentes profesionales.

Modulo Integral Intensivo: hasta 5 sesiones semanales con diferentes profesionales.

Incluye: **Kinesiología- TO – Psicología – Psicopedagogía- Fonoaudiología**

Es un solo tratamiento de hasta 24 sesiones por mes para aquellas personas que concurren a una institución jornada doble.

Si concurren a jornada simple: se cubren tratamientos. Con diferentes terapias pero hasta 20 sesiones.

PRESTACIONES AUTORIZADAS II

2

- Marco Básico de Prestaciones de DCP

INSTITUCIONES:

- Educación Especial : Inicial y general básica
- formación Laboral /Aprestamiento Laboral
- Centro Educativo Terapéutico
- Centro de Día
- Hogar
- Pequeño Hogar
- Residencia

MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR:

- Maestra Integradora
- Centro con equipo interdisciplinario

PRESTACIONES EXTRAORDINARIAS AUTORIZADAS III

3

- Acuerdos por coberturas que no están en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad

INSTITUCIONES NO CUBIERTAS: Residencias Geriátricas y Hostales Terapéuticos

- Hogar: de \$ 7400 a \$ 11000
- Pequeño Hogar: \$7400 a \$ 9400
- Residencia: \$ 7400 a \$ 9500

* Se puede agregar el 35 % de dependencia o alguno de los módulos de rehabilitación.-

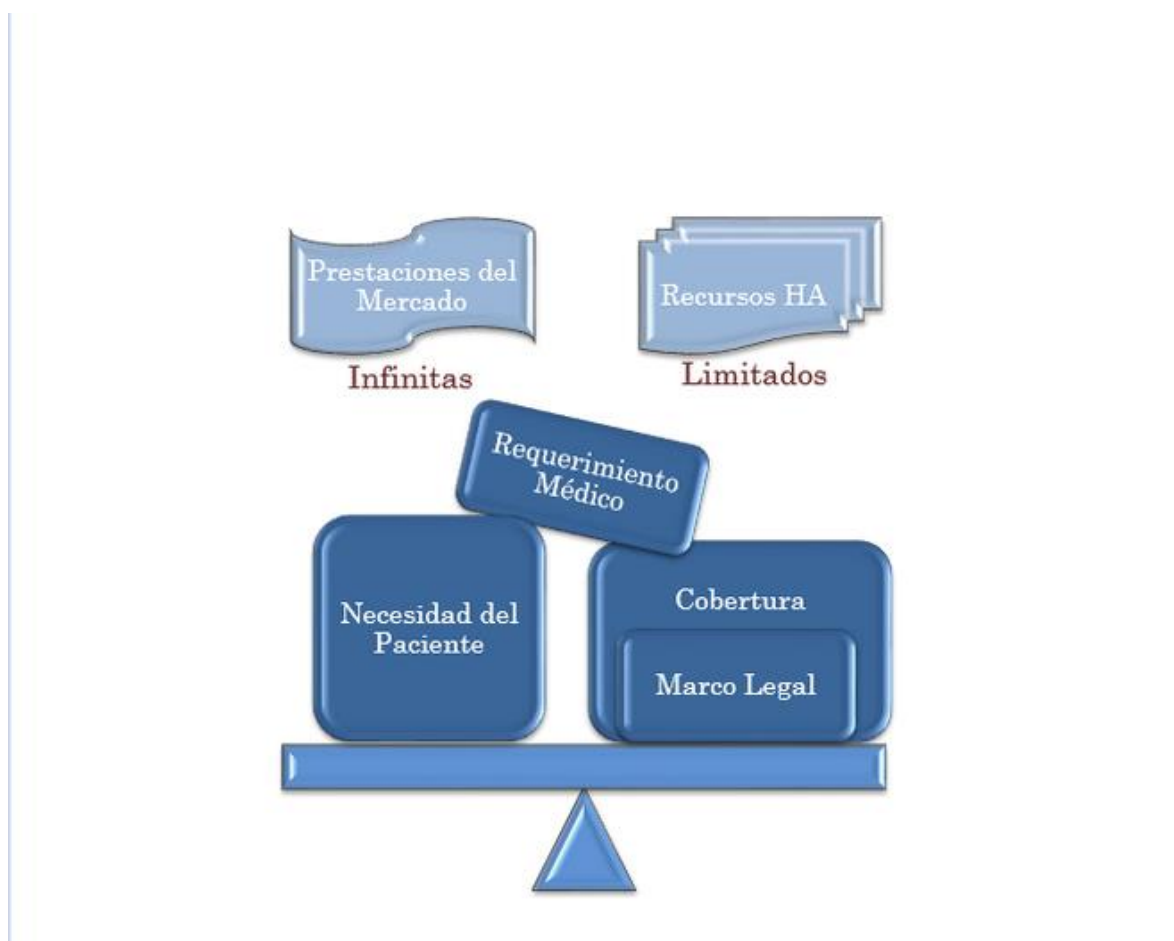
Tratamientos Ambulatorios que exceden el Modulo Integral Intensivo (24 sesiones mensuales) : \$ 4898

Cet : Jornada Simple: \$4600 a \$7200

Centro de Día: Jornada Simple : \$4000 a \$ 6200

CONCLUSION

A los efectos de brindar el mejor servicio, sustentable y adaptado a la legislación vigente, sin que esto lleve a un desequilibrio económico en las Empresas de Medicina Prepaga, es necesario compartir los objetivos entre los distintos actores intervinientes. Para ello, debemos coordinar la atención con la auditoría de salud, adecuar la cobertura con la cartilla de cada institución a la normativa de la ley, prevenir el riesgo social y el conflicto legal e intervenir en la atención interdisciplinaria en concordancia con la resolución legal.



Existen empresas de Medicina Prepaga, que ya trabajan con las personas con discapacidad con una modalidad de atención personalizada por medio de un sistema denominado Programas Especiales, a través del cual se logra tener

una visión integral de la atención, considerando no solo a las personas que cuentan con el Certificado Único de Discapacidad sino también a aquellas que si bien no cuentan con un CUD se las empieza a atender íntegramente según sus necesidades manifiestas como si hubieran realizado la certificación de la discapacidad.

BIBLIOGRAFIA

Palacios, Agustina: "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad", CERMIC-Ediciones CINCA, 1º Edición, Octubre 2008

OMS, "Clasificación internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud", IMSERO, OMS y OPS, Madrid 2001.

UNESCO, "Informe final de la Conferencia Mundial sobre necesidades Educativas Especiales: acceso y calidad " Salamanca, España 7-10 de Junio 1994

*José Hoover Vanegas García*Lida Maritza Gil Obando "La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial"*

INDICE

Introducción.....	pág. 1
Definición de discapacidad.....	pág. 2
Concepción de discapacidad (Modelos).....	pág. 2
Tipos de discapacidad.....	pág. 5
Grados de discapacidad.....	pág. 5
Marco legal que sustenta la política y gestión para personas con discapacidad (Leyes).....	pág. 7
Sistema de Salud Argentino.....	pág. 11
Servicio Nacional de Rehabilitación.....	pág. 13
CUD.....	pág. 13
La atención de personas con discapacidad dentro del subsistema de Medicina Prepaga.....	pág. 15
Coberturas de prestaciones en Medicina Prepaga.....	pág. 19
Conclusión.....	pág. 22
Bibliografía.....	pág. 24
Índice.....	pág. 25