



Universidad del Aconcagua

Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas

Licenciatura en Administración de Salud

***La respuesta oficial para la rehabilitación
de los recién nacidos hipoacúsicos
en Argentina, España y Canadá***

Alumna: Alicia Gladys Barrera

Curso: Tesina de Grado

Director: Mgter. Sergio Vergara

Directora Metodológica: Dra. Prof. Teresita Izura

Mendoza, febrero de 2011

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: LA HIPOACUSIA	13
1.1. Aproximación conceptual.....	13
1.2. El sistema auditivo.....	13
1.3. Trastornos auditivos: implicaciones médicas.....	16
1.3.1. Detección temprana de la hipoacusia.....	17
1.3.2. Rehabilitación temprana.....	21
1.3.3. Estimulación temprana.....	24
1.4. Trastornos auditivos: implicaciones sociales y culturales.....	25
CAPÍTULO II: SISTEMA SANITARIO ARGENTINO	32
2.1. Contexto socio económico, político y demográfico.....	32
2.2. Estructura y alcance del sistema de salud en la Argentina.....	33
2.3. Subsector estatal de salud.....	34
2.4. Subsector privado de salud.....	35
2.5. Subsector de obras sociales.....	35
2.6. Las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART).....	36
2.7. Otros organismos reguladores de la salud.....	36
2.8. Promoción de la salud y los programas de atención primaria.....	37
2.9. La legislación argentina y la discapacidad.....	39
2.10. Programa Médico Obligatorio.....	43
2.11. Sistema de salud en Mendoza.....	48
2.11.1. Discapacidad auditiva: legislación.....	48
2.12. Legislación de la lengua de señas.....	51
CAPÍTULO III: SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	53
3.1. Contexto socio-político, económico y demográfico.....	53
3.2. Servicio Nacional de Salud.....	54
3.3. Estructura y alcance del sistema de salud en España.....	56
3.4. La reforma de la atención primaria o temprana.....	61
3.5. Desarrollo normativo de la Atención Temprana en la comunidad.....	62
3.6. Programa de Detección Precoz y Rehabilitación de la Hipoacusia Neonatal.....	63

3.7. Legislación española para la discapacidad auditiva.....	66
3.8. Lengua de Señas Española: historia e influencia en América.....	69
CAPÍTULO IV: SISTEMA SANITARIO CANADIENSE	71
4.1. Contexto socioeconómico, político y demográfico.....	71
4.2. El sistema de salud canadiense.....	72
4.3. Políticas y planes nacionales de salud.....	73
4.4. Organización institucional del sistema de salud.....	75
4.5. Organización de las actividades de regulación sanitaria.....	78
4.6. Organización de los servicios de atención: promoción de la salud y atención primaria.	79
4.6.1. Asociaciones y redes para ampliar los vínculos y la colaboración.....	80
4.7. Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas.....	80
4.7.1. Recursos humanos.....	82
4.8. Investigación y tecnología en salud	82
4.9. Gasto y financiamiento sectorial.....	83
4.10. Legislación canadiense para la discapacidad.....	84
4.11. Integración de los discapacitados: un enfoque de escuela integral.....	85
4.11.1. Alianza Internacional de Discapacidad (IDA).....	86
4.12. Historia de la cultura de los sordos.....	88
4.12.1. Organizaciones Sordas.....	88
4.13. Lenguas de Señas.....	89
4.14. Programa de estimulación del lenguaje oral centrado en la familia.....	90
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS	93
5.1. Procesos de análisis.....	93
5.1.1. La Hipoacusia.....	93
5.1.2. Políticas de Salud de Argentina, España y Canadá.....	94
5.1.3. Lineamientos jurídicos para la rehabilitación temprana de la hipoacusia.....	97
5.2. Análisis de tópicos emergentes.....	101
5.2.1. Tipología de los modelos de atención a la salud.....	101
5.2.2. Principios de acceso de la población a los sistemas.....	102
5.2.3. Grado de control del estado sobre las funciones del sistema.....	103
5.2.4. Equidad y calidad de los servicios de salud.....	106

CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS	118

RESUMEN TÉCNICO

La presente investigación parte del siguiente tema: la respuesta oficial que dan los países desarrollados como España y Canadá y en vías de desarrollo, Argentina, a una parte de la población que sufre de hipoacusia, cuya relevancia es cada vez mayor en la sociedad. Se plantea como objetivo general: Describir los marcos legales y los procesos de gestión implementados por los países, objeto de estudio [Argentina, España y Canadá], para garantizar la recuperación en los diferentes grados de discapacidad auditiva en los recién nacidos y, a partir de ello, evaluar lo que plantea la provincia de Mendoza, Argentina. En el mismo sentido, el estudio estuvo orientado por los siguientes supuestos: a. Los marcos legales de los países objeto de estudio tienen puntos en común en relación con los procesos de gestión para la detección y rehabilitación de la hipoacusia en el recién nacido a término y de alto riesgo; b. Los países más desarrollados, como en este caso Canadá y España, cuentan con mecanismos y estrategias similares a Argentina para el tratamiento de rehabilitación de los recién nacidos con problemas de hipoacusia y c. Los hospitales públicos de las provincias adhieren plenamente con las políticas nacionales destinadas a la problemática en cuestión. El corpus se plasmó en los cuatro primeros capítulos de este informe. Se diseñó un estudio descriptivo- verificativo- transversal de carácter cualitativo. La técnica utilizada fue el análisis de contenido. El recorrido teórico y metodológico realizado permitió demostrar los diferentes supuestos de partida planteados. El estudio permite, una vez más, instalar la discusión acerca de los daños irreversibles que genera esta patología en las personas si no son diagnosticados y rehabilitados oportunamente y muestra otra cara del prisma del problema de la hipoacusia.

Palabras claves: salud, hipoacusia, legislación, gestión, rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido, en estos últimos tiempos, la importancia que tienen los programas asistenciales aplicados adecuada y oportunamente en las personas con alguna discapacidad. Esta valoración deviene de la participación social, cada vez mayor, que tienen los sujetos con deficiencias visuales, auditivas o motoras como consecuencia de haber sido beneficiados, en etapas tempranas de sus vidas, por intervenciones eficaces de detección y rehabilitación de las respectivas patologías. Esta situación es muy valiosa y, por lo tanto, debería alcanzar a todas las personas afectadas, más allá de las fronteras del país en que vive. No obstante, a pesar de ser padecimientos tan antiguos como la historia de la humanidad, recién, en las últimas décadas, aparece como preocupación en las agendas políticas de las diferentes naciones del mundo. Sin duda, el sector de la población más sensible y vulnerable a esta problemática es el niño recién nacido por la paradójica situación en que vive: por un lado, tiene todas las posibilidades de rehabilitación si su patología es detectada tempranamente, pero, por otro, nada puede hacer porque su indefensión demanda la asistencia de las personas de su entorno inmediato y del Estado por los beneficios que le puedan brindar, tanto científicos como tecnológicos, para superar su incapacidad y vencer un futuro de marginación social (Pascoe, 1990).

Tema

En este amplio contexto, se centra el interés del presente estudio que tiene como propósito conocer la respuesta oficial que dan los países desarrollados como España y Canadá y en vía de desarrollo, Argentina, a una parte de la población que sufre una de las patologías que más expulsa socialmente a los sujetos que la padecen: la hipoacusia.

Problema debe ser siempre una pregunta

El presente estudio parte de la siguiente pregunta problema ¿Cuál es la relación entre países como Argentina, España y Canadá, en cuanto a las similitudes y diferencias existente en los marcos jurídicos y programas de Salud, que se implementan para la rehabilitación de la discapacidad auditiva?

Objetivo general

Describir los marcos legales y los procesos de gestión implementados por los países, objeto de estudio, para garantizar la recuperación en los diferentes grados de discapacidad auditiva en los recién nacidos y, a partir de ello, evaluar lo que plantea la provincia de Mendoza, Argentina.

Objetivos específicos

- Describir las características etiológicas de la hipoacusia, sus diferentes grados y las consecuencias en el desarrollo integral del niño.
- Conocer particularidades de las políticas públicas implementados en Argentina, Canadá y España relacionadas con los programas de intervención temprana.
- Establecer similitudes y diferencias entre los mismos
- Referir los procesos de gestión para la rehabilitación temprana de la hipoacusia en las instituciones públicas y en el marco de los lineamientos jurídicos que rigen en el Estado.

Justificación

Las consideraciones vertidas en el marco de la introducción, llevan a justificar el presente trabajo cuya finalidad es realizar un estudio exhaustivo de los sistemas sanitarios y las respectivas políticas públicas de prevención, promoción y rehabilitación de la salud, implementadas en países como Canadá, España y Argentina. Considerando como tema principal, en lo que respecta a la atención temprana, los programas de rehabilitación de la hipoacusia en el recién nacido, ya se trate de cirugías, audioprótesis o implante coclear.

Los primeros años de vida, sobre todo el primero es crucial y decisivo para la futura conducta del niño. En esta etapa es cuando debuta con todo su potencial, haciendo evidente o no los posibles daños causados por las condiciones de su nacimiento. Ya sean hereditarias o genéticas.

Rehabilitar esta discapacidad es tan importante como detectarla. Una vez que ha sido detectada la patología se deben derivar precozmente, todos los casos de hipoacusia infantil, para recibir el oportuno tratamiento, la estimulación y la adecuación al medio (de lo contrario, y si afecta a ambos oídos, el lenguaje y el aprendizaje se verán resentidos). Una intervención tardía impide que estas personas puedan acceder tempranamente al lenguaje oral, comprometiendo seriamente su integración educativa, social y laboral. No olvidemos que la lengua oral es esencial para alcanzar una lectoescritura eficaz ya que la lectura es la herramienta cognitiva más potente para aprender.

Marco teórico conceptual

Los principios teóricos en que se sustenta el presente trabajo son, por un lado la hipoacusia y su problemática. Por otro, los sistemas de salud de los distintos países en cuestión.

Para el primero de los temas señalados fueron importantes, principalmente, los estudios de Pasik (1990), Castañeda (2003), Vallejo Valdezate (2002), Gil y García (2003), quienes investigaron sobre esta patología, su origen, distintos grados de hipoacusia, la detección, estimulación, rehabilitación y audioprótesis. También fueron significativos los aportes de Marchesi (1987) sobre el desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos.

El segundo de los temas señalados es una línea de investigación que cuenta con importantes estudios comparativos realizados por la OMS, pero no se tuvo conocimiento de trabajos en los que se abordara la problemática como se desarrolla en el presente. Un aporte valioso fue la investigación realizada por Nevárez Silva, Casas Constantino y García Contreras (2007) sobre “Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS” (pp. 1071-1090).

Para ahondar en los sistemas de salud y su alcance en cuanto a políticas de prevención, promoción y rehabilitación de los recién nacidos hipoacúsicos como políticas de la atención primaria de Canadá y España, paradigmas de países desarrollados de América y Europa respectivamente y Argentina, país en vía de desarrollo fue inapreciable la disponibilidad de páginas Web a las que se tuvo acceso.

Metodología

El proceso metodológico del presente estudio estuvo orientado por los siguientes supuestos:

- Los marcos legales de los países objeto de estudio tienen puntos en común en relación con los procesos de gestión para la detección y rehabilitación de la hipoacusia en el recién nacido a término y de alto riesgo.

- Los países más desarrollados, como en este caso Canadá y España, cuentan con mecanismos y estrategias similares a Argentina para el tratamiento de rehabilitación de los recién nacidos con problemas de hipoacusia.

- Los hospitales públicos de las provincias adhieren plenamente con las políticas nacionales destinadas a la problemática en cuestión.

Dicho proceso no se halla escindido del corpus de análisis que se construyó a partir de fuentes de información secundaria y estuvo constituido por documentos extraídos, principalmente, de documentos oficiales y de páginas Web referidas al tema. El corpus se plasmó en los cuatro primeros capítulos de este informe. A partir de lo expresado, se diseñó un estudio descriptivo-verificativo- transversal de carácter cualitativo. La naturaleza de los objetos de estudio impidió tener acceso a fuentes de información primaria ya que la localización de los mismos son los respectivo marco legal de salud en España, Argentina y Canadá en relación con la discapacidad de los sujetos, particularmente con los que padecen hipoacusia.

La técnica utilizada fue el análisis documental y de contenido. La misma consiste en analizar la realidad social a través de la observación y el análisis de los documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades. “Lo característico del análisis de contenido, y que lo distingue de otras técnicas de investigación sociológica, es que se trata de una técnica que combina intrincadamente, y de ahí su complejidad, la observación y el análisis documental” (López-Aranguren 1986, p. 366).

El análisis de contenido a que fue sometido el corpus construido se realizó a partir de un sistema de categorías derivado de los objetivos particulares propuestos.

Ya en el proceso de análisis, se consideró pertinente identificar tópicos con los que se construyeron categorías de análisis emergentes las cuales coadyuvaron a alcanzar el objetivo general planteado.

Los indicadores sobre los cuales se apoyó la interpretación del contenido del documento en esta instancia fueron los siguientes:

- Tipología de los modelos de atención a la salud.
- Principios de acceso de la población a los sistemas.
- Grado de control del estado sobre las funciones del sistema.
- La equidad y la calidad en la prestación de servicios de salud.

Organización y estructura del texto

El trabajo se organizó en cinco capítulos. Los cuatro primeros constituyen el marco teórico sometido a análisis. En el primer capítulo, se profundiza sobre la hipoacusia, su etiología, rehabilitación y la importancia de la detección, estimulación e intervención temprana. En los tres capítulos siguientes, se describe los sistemas de Sistemas Sanitarios de Argentina, España y Canadá, particularmente, los aspectos referidos a la atención primaria y a los programas que

atienden al niño hipoacúsico. En el quinto capítulo, se presenta el análisis de contenido y los resultados obtenidos. Finalmente, se incluyen las conclusiones y la bibliografía consultada.

CAPÍTULO I: LA HIPOACUSIA

1.1. Aproximación conceptual

La discapacidad auditiva se puede definir como aquel trastorno sensorial caracterizado por la pérdida de la capacidad de percepción de las formas acústicas producida, ya sea, por una alteración del órgano de la audición o de la vía auditiva (Ríos, 2001). Según Pasik (1990, p.19), “La hipoacusia es la pérdida de la audición, provocada por una alteración sensorial y que tiene implicancias médicas, sociales y cultural”.

El Diccionario Médico dice que la hipoacusia “es la disminución de la capacidad auditiva. Es producida por una alteración en la conducción del estímulo auditivo o una pérdida de la función del oído interno o los nervios correspondientes” (2010).

Estas definiciones encierran conceptos como la anatomía del sistema auditivo; los trastornos auditivos y las implicaciones médicas, sociales y culturales que genera esta patología, sobre los cuales se profundiza a continuación a los efectos de comprender la complejidad de la misma.

1.2. El sistema auditivo

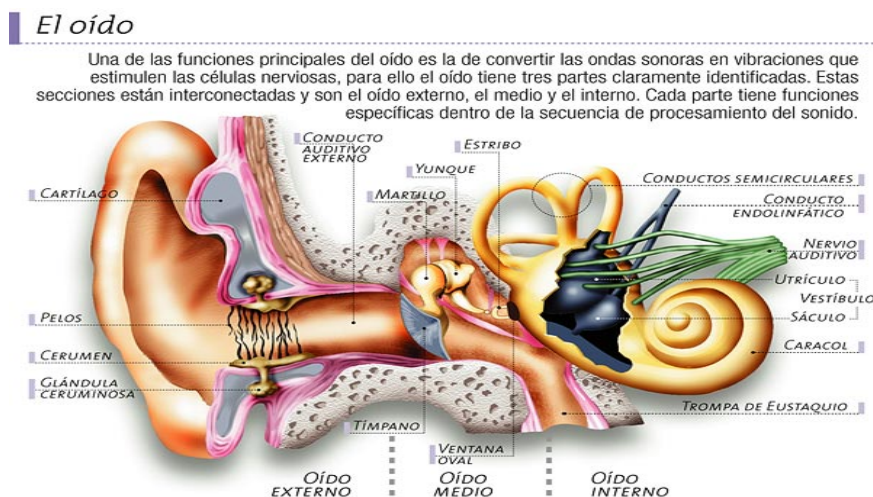
El sistema auditivo humano es bilateral y el órgano constitutivo es el oído. El mismo está preparado para recibir ondas sonoras y transformarlas en un código neural, cuya interpretación se realiza a nivel del cerebro. También, es esencial para el equilibrio u orientación espacial. Para su estudio histológico, se divide a este órgano en tres partes: *oído externo*, *oído medio* y *oído interno* (Vallejo Valdezate, 2002).

El oído externo tiene como función transmitir las ondas de sonido al oído medio y proteger todas las estructuras. Está constituido por el pabellón de la oreja o aurícula y el conducto auditivo externo que termina en el tímpano. El primero es la parte visible del oído. Tiene la forma de un repliegue de tejido cartilaginoso recubierto de piel y está inserto en la base del cráneo. El conducto auditivo externo es un tubo de unos 2,5 centímetros que termina en el tímpano; por dentro, está recubierto de piel y contiene pelos y glándulas que secretan cerumen, sustancia que impide el paso de partículas extrañas al interior. La membrana timpánica es el límite entre el oído externo y el medio.

El oído medio o caja timpánica es una cavidad llena de aire que está entre el tímpano y el oído interno y cuya función es transformar la vibración acústica de la onda sonora en vibración mecánica y transmitirla al oído interno. Esta caja alberga tres huesecillos móviles: el martillo, el yunque y el estribo, llamados así en razón de su forma. Los mismos cumplen también una función protectora cuando los sonidos son muy intensos. De la parte inferior del oído medio, emerge un conducto llamado Trompa de Eustaquio que se conecta con la faringe y permite la entrada y salida de aire del oído medio, realizando una función ecualizadora, es decir, equilibra las diferencias de presión entre este y el exterior.

El oído interno está compuesto por un complejo sistema de cavidades membranosas y óseas ubicadas en la parte más interna del hueso temporal. Contiene el centro auditivo emplazado en el caracol o cóclea y el control del equilibrio que depende de estructuras ubicadas en el vestíbulo y en los canales semicirculares. La línea divisoria entre el canal coclear y el canal vestibular la establece una lámina delgada y flexible denominada membrana de Reissner. El interior del caracol está dividido (en sentido longitudinal) por la membrana basilar y la membrana de Reissner, las cuales forman tres cámaras o escalas: la escala vestibular, la timpánica y la media. La escala vestibular y la timpánica contienen un líquido llamado perilinfa. Por su parte, la escala media se encuentra aislada de las otras dos escalas y contiene otro líquido, la endolinfa. En el interior de la escala media y sobre la membrana basilar, se encuentra el Órgano de Corti encargado de transmitir las ondas sonoras al cerebro; contiene células de apoyo y miles de células ciliadas sensibles. Cada una de ellas tiene hasta unos cien cilios o pelillos que traducen el movimiento mecánico en impulsos eléctricos.

El siguiente gráfico permite visualizar algunos aspectos de lo expresado anteriormente.



Este complejo órgano aparece antes del nacimiento. A través de la tecnología, se ha demostrado que el recién nacido oye sonidos a partir del mes de vida dentro del útero materno y que, entre las semanas 16 y 32 de la gestación, las reacciones del feto a ciertos ruidos podrían utilizarse para diagnosticar en forma precoz la hipoacusia.

Es importante conocer información relacionada con el desarrollo cronológico de este órgano con el propósito de poder advertir las desviaciones que puedan darse en ese proceso (Castañeda, 2003).

Formación del órgano del oído

-A los 3 meses después de iniciado el embarazo.

Oído pre-natal

-A partir de los 5 meses, es posible detectar la existencia de respuestas auditivas en el feto producidas por estímulos sonoros como un portazo. Estas respuestas se aprecian tanto en los movimientos del feto como en la aceleración del ritmo cardíaco.

Fase del nacimiento

- En el primer mes, se observa en el niño sobresalto ante ruidos intensos. Aparece la atención a los estímulos acústicos.
- En el segundo mes, vuelve la cabeza hacia la fuente del sonido.
- En el tercer mes, realiza movimientos de cabeza y de los ojos hacia el sonido. Se calma y tranquiliza ante la palabra y la música.
- En el cuarto mes, reconoce la voz de sus padres, especialmente de la madre.
- Del cuarto al sexto mes, se perfecciona el movimiento orientado hacia la fuente del sonido.
- Del séptimo al octavo mes, imita sonidos (golpes de puerta, ruidos de juguetes y otros).
- En el octavo mes, atiende a las palabras conocidas.
- Del sexto al noveno mes, entiende palabras y balbucea.
- Entre los once y doce meses, el niño acata prohibiciones sencillas.
- Entre el año y año y medio, acata órdenes sencillas, imita sonidos, repite sílabas balbuceando.

1.3. Trastornos auditivos: implicaciones médicas

Los trastornos auditivos han sido motivo de preocupación de numerosos investigadores que han aportados sus descubrimientos en la detección de las diferentes etiologías de la hipoacusia, en los beneficios que genera, en las personas, tener un diagnóstico precoz de esta patología y en clasificar los diferentes tipos de sordera: desde el punto de vista *topográfico, cuantitativo, cronológico y etiológico* (Gil y García, 2003).

Desde el punto de vista topográfico, se tiene en cuenta el lugar en donde se dan los cambios patológicos, es decir, en donde se asienta la lesión que produce el déficit.

Entonces, se habla de *hipoacusia de conducción o de transmisión* y de *hipoacusia de percepción o neurosensorial*. La primera de ellas acontece por lesión del aparato transmisor de la energía sonora (oído externo, oído medio), por lo tanto hay una incapacidad de excitar mecánicamente la cóclea. En cambio, la sordera perceptiva o neurosensorial, es aquella producida por la destrucción de los mecanismos cocleares, especialmente de las células ciliadas. Este tipo de sordera es el que afecta al mayor número de personas con déficit auditivo. La causa del deterioro coclear puede deberse a la exposición de sustancias tóxicas (antibióticos, diuréticos, salicilatos y antimicóticos), disfunciones metabólicas, traumas, sonidos fuertes e, incluso, a trastornos hereditarios. A su vez, se clasifican en: *cocleopatías*, cuando aparecen lesiones en el órgano de Corti (oído interno, coclear o retro-coclear); *neuro-nopatías*, cuando se producen alteraciones de las vías acústicas y *corticopatías*, cuando se observan daños en el córtex cerebral auditivo. Asimismo, se reconoce una *sordera mixta* (conductivas más perceptivas), que es frecuente, y se produce por varias lesiones que afectan al mismo tiempo al oído medio y la cóclea, vías y centros nerviosos.

Desde el punto de vista cuantitativo, se tiene en cuenta el grado de pérdida auditiva. Las personas que poseen un nivel de audición *normal o sensiblemente normal* tienen un umbral inferior auditivo de 20 decibeles (dB). Se llama *umbral auditivo* al estímulo sonoro más débil (de menor intensidad) que es capaz de percibir un determinado oído. Cada persona tiene su propio umbral de audición, que a su vez, puede ser diferente en el oído derecho y en el oído izquierdo.

A partir del límite señalado, se reconoce: *hipoacusia leve* que, generalmente, son detectadas recién en la edad escolar. El umbral auditivo se ubica entre 20 y 40 decibeles (dB); *deficiencia auditiva ligera* cuyo umbral auditivo se ubica entre los 20 y 40 decibeles. La persona no percibe igualmente todos los fonemas de las palabras. Además, la voz débil o lejana no es adecuadamente oída. En el caso de los niños, son considerados como poco atentos ya que necesitan que los otros le repitan lo que le dicen. Con este nivel de audición, pueden tener ciertas dificultades para la

adquisición del lenguaje verbal; *hipoacusia moderada*, el umbral auditivo se encuentra entre los 40 y 70 dB. El niño requiere una voz de cierta intensidad para percibir adecuadamente la palabra. En este nivel el retardo del lenguaje es frecuente, así como las alteraciones articulatorias; *hipoacusia severa*, el umbral auditivo entre 70 y 90 dB. El niño percibe únicamente la voz fuerte. Si el medio familiar le presta atención y ayuda puede desarrollar cierto lenguaje, de lo contrario llega a la edad de 4 ó 5 años sin saber hablar y es difícil recuperar y compensar la pérdida; *hipoacusia profunda*, el umbral auditivo es superior a 90 dB. Se manifiesta como la anterior, en que no hay desarrollo del lenguaje porque están afectadas otras funciones como la ubicación, orientación en el espacio y en el tiempo con compromiso del desarrollo social e intelectual y, por último, la *cofosis* total en donde el niño no escucha nada.

Desde el punto de vista cronológico, la hipoacusia se clasifica, de acuerdo con el momento de su aparición, en: *hipoacusia prelocutiva*, es cuando la lesión se produce antes de la adquisición del lenguaje (de cero a 2 años); *hipoacusia perlocutiva*, cuando el daño auditivo aparece durante el aprendizaje del lenguaje (de 2 a 5 años) e *hipoacusia postlocutiva*, la sordera se manifiesta después que el sujeto ha adquirido el lenguaje (mayores de 5 años).

Desde el punto de vista etiológico, según Emery y Rimoin (1991), el déficit auditivo se puede clasificar en tres grupos:

Grupo I

- Sorderas genéticas (prenatales, perinatales y postnatales)
- Síndromes genéticos
- Sordera aislada familiar

Grupo II

- Sorderas adquiridas

Grupo III

- Sorderas idiopáticas o criptogenética

Lo expuesto sucintamente da cuenta de que existe suficiente información para la detección temprana de la hipoacusia y proceder, consecuentemente, a su recuperación.

1.3.1. Detección temprana de la hipoacusia

El objetivo fundamental de la detección temprana de alteraciones auditivas en recién nacidos es evitar o minimizar el profundo impacto negativo que produce la hipoacusia no identificada ya que interfiere en el desarrollo normal del habla y del lenguaje, en el aprendizaje, provoca trastornos emocionales, familiares y, más tarde, influye en el aspecto laboral. Con los adelantos de la

tecnología computarizada, actualmente, los instrumentos de medición se van sofisticando, haciendo más rápido y preciso el examen audiológico los cuales han generado importantes avances para mejorar la identificación el grado y la naturaleza de la deficiencia auditiva del niño desde el momento que nace y antes de su nacimiento. Esto permite aplicar el método más adecuado para la rehabilitación y compensación auditiva (Castañeda, 2003).

Actualmente, los exámenes más utilizados son: la *audiometría*, la *impedanciometría*, la *timpanometría*, las *otoemisiones acústicas* (O.E.A.), la *electroencefalografía a través de potenciales evocados* y la *electrococleografía* (ECOG), que es la más precisa para el diagnóstico de la sordera.

En la Guía de atención y cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años del Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén, se señala que con la audiometría, por respuestas eléctricas del tronco cerebral (B.E.R.A.) se determina el umbral auditivo. Además, se puede detectar el tipo de hipoacusia y la localización de la lesión. Estudia la periferia y el tronco encefálico y se puede aplicar al recién nacido, incluso a prematuros, para saber si la patología es congénita o adquirida.

Impedanciometría es una prueba objetiva y rápida que permite, mediante la aplicación y la recepción de sonidos sobre la membrana timpánica y el uso de un barómetro, conocer los cambios en el conducto auditivo externo de la membrana timpánica y la cadena osicular.

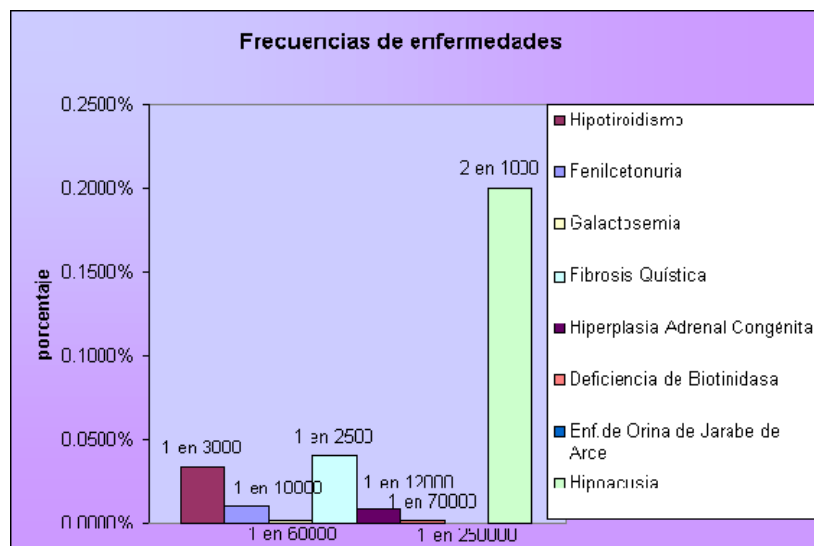
El principio de las otoemisiones acústicas constituye un método objetivo y específico para evaluar la actividad e integridad de las células ciliadas externas. Se trata de un método simple, no invasivo y rápido, que resulta muy útil para la detección de hipoacusias en recién nacidos, hipoacusias inducidas por ruido, ototóxicos, etc. Se basa en que el oído sano responde a la estimulación sonora con la emisión de sonidos de baja intensidad producidos por el movimiento de las células ciliadas externas. Estas células, ubicadas en el oído interno (cóclea) originan la otoemisión inducidas por el estímulo sonoro que llega desde el exterior. Las células ciliadas externas poseen proteínas contráctiles que las dotan de capacidad motora. Este movimiento genera un cambio en la longitud de la célula, propagando parte de esta energía hacia la membrana basilar.

Dicha contracción aumenta el “descocamiento” de la membrana basilar y amplifica, por resonancia, la señal hacia las células ciliadas internas. Se trata de un sistema resonador, propio de una cóclea sana que tiende a comportarse con distorsión y retroalimentación. Las internas realizan la transducción de la energía mecánica en energía bioeléctrica. Este proceso es producto del contacto de las estereocilias con la membrana tectoria. Para que la transducción sea eficiente, debe producirse la oscilación de la membrana basilar sobre la que se asienta el órgano de Corti. Al

llevarse a cabo la contracción de las células ciliadas internas, se genera al mismo tiempo un escape de sonido en sentido inverso: ventana oval, cadena oscicular y tímpano, cuya vibración produce un sonido que puede registrarse con una sonda en el conducto auditivo externo (CODEPH, 2001).

El “*screening* universal” y la “búsqueda activa” de hipoacusias deben ser los pilares fundamentales en la detección temprana de alteraciones auditivas, ya que, la evaluación a todos los recién nacidos (sanos y de alto riesgo) y el cambio de un método pasivo a una identificación activa (acudiendo a la cuna del bebé) para aplicar exámenes sistemáticos, evitan diagnósticos tardíos de hipoacusias severas o profundas en neonatos (Alsasua et al., 2000; 60, pp. 143-150).

Es ilustrativo señalar que la frecuencia de las enfermedades en las que se realizan *screening* neonatal y que justifican su implementación son las siguientes: hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hiperplasia adrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, enfermedad de orina de jarabe de arce y la hipoacusia. En el siguiente gráfico, se observa la ubicación que ocupa la hipoacusia en ese grupo de enfermedades y su prevalencia es de 2-3 casos por cada 1000 nacimientos y, en niños internados en unidades de cuidados intensivos neonatales, el riesgo de padecerla se incrementa 20-50 veces (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2007; 36, p.18).



Fuente: *Pediatrics In Review*, Vol.23 N°1– p.6. Marzo de 2005.

Más allá de todos los adelantos técnico-científicos, los padres siguen teniendo un rol fundamental en el diagnóstico precoz de la hipoacusia ya que si ellos acuden al especialista a la menor sospecha de que el niño no oye bien, es posible prevenir y evitar consecuencias funestas. Esto requiere una observación cuidadosa del niño.

En uno u otro caso, es esencial que la evaluación se realice antes de los tres meses de vida para que el lenguaje y el aprendizaje no se vean resentidos. El médico de atención primaria, tras comprobar la existencia de hipoacusia, es el que debe derivar, inmediatamente, al niño al otorrinolaringólogo para que pueda recibir el tratamiento oportuno y la estimulación adecuada.

Los lactantes de 29 días a 3 años requieren de un control periódico ya sea porque pueden presentar ciertas alteraciones de la salud, sobre todo las otitis a repetición o, bien, porque superan la prueba inicial, pero existe la posibilidad de detectárseles patologías de aparición tardía. Los indicadores de riesgo asociados a esta discapacidad son (Castañeda, 2003, cap.7).

En recién nacidos de hasta 28 días:

- Antecedentes familiares de sordera neurosensorial infantil hereditaria.
- Infecciones intrauterinas (citomegalovirus, rubeola, sífilis, herpes, toxoplasmosis).
- Malformaciones craneales, faciales incluidas la del pabellón auricular y del conducto auditivo.
- Peso de nacimiento inferior a 1.500 g.
- Internación de 48 horas o más en Unidad de Terapia Intensiva neonatal.
- Hiperbilirrubinemia con valores que hayan requerido transfusión sanguínea.
- Medicación ototóxica como aminoglucósidos combinados con diuréticos.
- Meningitis bacteriana.
- Ventilación mecánica durante por lo menos 5 días.
- Trastornos con síndromes que se sabe incluyen sordera neurosensorial.

En lactantes de 29 días a 3 años:

- Preocupación de los padres sobre la audición, el habla, el lenguaje o algún retraso en el desarrollo de su hijo.
- Meningitis u otra enfermedad que produce pérdida neurosensorial de la audición.
- Medicamentos ototóxicos y quimioterápicos.
- Infecciones auditivas repetidas.
- Problemas de aprendizaje.
- Deterioro de la palabra articulada.

Los signos de alerta en el comportamiento del recién nacido, que pueden indicar daños en el órgano auditivo son:

Hasta los 3 meses:

- Falta de reacción a los ruidos.
- Sueño demasiado tranquilo.

De 3 a 12 meses:

- Ausencia de vocalización.
- Emisión no melódica.
- No responde al nombre.
- Ausencia de comunicación gestual.

De 12 a 24 meses:

- Ausencia de palabra articulada.
- Falta de estímulos sonoros fuera del campo visual.
- No repetición de palabras y sílabas.
- Falta de respuestas a órdenes simples.

Estudios realizados en el campo de la medicina han demostrado que uno de cada 1.300 recién nacidos padece hipoacusia severa o profunda.

1.3.2. Rehabilitación temprana

Los niños que no son diagnosticados tempranamente y que padecen deterioro de habilidades del lenguaje verbal, si no se los incluye en un programa de rehabilitación auditiva para que puedan aprovechar al máximo su audición residual se los condena a una marginalidad social.

Tras detectar, evaluar y cuantificar el problema, es necesario planificar diferentes opciones terapéuticas según el tipo de hipoacusia cuyo proceso de rehabilitación y evolución no se muestran de igual manera en todos los pacientes. Si bien la reversibilidad del déficit auditivo se puede lograr a través de tratamiento médico o quirúrgico, en todos los casos, la presencia y el compromiso de la familia es una variable decisiva en la evolución y rehabilitación del sujeto.

Las hipoacusias transmisivas, en general, tienen mejor pronóstico por ser potencialmente recuperables. Estos casos se tratan con medicamentos o cirugías, dependiendo del tipo de enfermedad. Estas pueden deberse a:

- Tapón de cerumen, que causa hipoacusia y sensación de taponamiento del oído, la extracción se realiza mediante el lavado con jeringa.
- Otitis externas, son producidas por infección bacteriana, generalmente en verano

favorecidas por el calor y la humedad provocada por el baño y se manifiestan por otalgia e hipoacusia. Su tratamiento es con fármacos.

- Otitis medias secretorias o serosas, se caracterizan por la presencia de fluido en el oído medio con integridad de la membrana timpánica.
- Otitis media crónica, inflamación crónica de la mucosa del oído medio que se acompaña de una perforación de la membrana timpánica.
- Otosclerosis, es un proceso de maduración del hueso primitivo que aumenta de tamaño, engloba a la platina del estribo y llega a fijarla. Clínicamente es una hipoacusia que suele afectar a los dos oídos. El tratamiento de elección es el quirúrgico y, solamente, se indicará adaptación protésica en los casos en que la cirugía esté contraindicada.

Es pertinente señalar que existe un número importante de pacientes hipoacúsicos en los cuales los métodos médicos no pueden corregir la sordera y para ellos está indicada la rehabilitación mediante prótesis auditivas o el implante coclear. Igualmente, después de este tipo de rehabilitación se requieren audífonos.

El implante coclear se realiza en los pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda coclear, especialmente, las infantiles congénitas o posmeningíticas. Con la aplicación de este procedimiento, es posible estimular directamente el nervio auditivo mediante un implante que provoca la transformación de la onda sonora en una señal eléctrica que es conducida a la cóclea o al tronco cerebral para su recepción e interpretación. Para que el implante coclear tenga éxito, no solo es necesario una técnica quirúrgica adecuada, sino que es fundamental un proceso de rehabilitación logopédica y para esto es necesario la colocación de prótesis o audífonos. Estos son dispositivos electrónicos que permiten la amplificación del sonido de tal forma que compensan esa incapacidad del oído. Es el instrumento capaz de llevar el sonido en forma más eficiente al oído de un paciente. Simplemente puede captar más energía sonora del aire o proveer energía adicional por medio de una batería y un circuito electrónico (Pascoe, 1990).

El audioprotesista es el encargado de indicar y adaptar el tipo de prótesis de acuerdo con las necesidades de cada paciente pues, además de proporcionar un nivel de sonoridad confortable, debe evitar la sobre amplificación innecesaria de los sonidos fuertes y mejorar la audición residual.

Los audífonos han sufrido importantes avances tecnológicos en los últimos años, con sistemas programables digitalmente, así como circuitos que reducen el ruido ambiental y mantienen los sonidos sin llegar a estar sobre amplificados. Además, existen audífonos con conducción ósea los

cuales están indicados en casos de hipoacusia conductiva que no puede corregirse con un tratamiento médico o quirúrgico, y en los que no se pueda adaptar un audífono de conducción aérea, como aplasias del pabellón, agenesias del conducto auditivo externo, o bien, otorreas crónicas. Las prótesis de conducción ósea representan el 5%, aproximadamente, del total de las indicaciones de prótesis auditivas. En la actualidad, también existen prótesis óseas de implantación mastoidea. El anclaje se realiza mediante una intervención quirúrgica y admite un mejor rendimiento funcional.

Asimismo, los avances en medicina y la tecnología han permitido la aparición de una variedad de prótesis diseñadas para responder a necesidades específicas. De acuerdo con la ubicación de estas prótesis en el oído del usuario y la tecnología que utilizan, se los puede clasificar de la siguiente forma: *retroauricular*, cuyos componentes electrónicos se encuentran en una caja que se coloca detrás de la oreja. Tienen diferentes tamaños y configuraciones y sirven para pérdidas auditivas tanto leves como profundas; *receptor en el oído*, se ubica en el conducto auditivo en forma profunda, al final de un tubo sonoro delgado y los elementos electrónicos se alojan en una caja detrás del oído. El conducto auditivo queda más abierto, eliminando la sensación de oído tapado; *intraauricular*, se coloca en la cavidad auricular y el conducto auditivo externo y se usa en problemas de audición leves a severas; *intracanal*, se ubica en el conducto auditivo sobresaliendo del mismo unos 3 mm. Sirven para hipoacusias leves o moderadamente severas; *intracanal de inserción profunda*, se aloja dentro del conducto auditivo y posee un hilo plástico para su colocación y extracción. Están destinados a las personas que priorizan la estética y que padecen pérdida leve a moderada; *de caja*, es una caja pequeña que contiene el micrófono, el amplificador y la fuente de energía y se sujeta en la ropa. Es práctico para las personas mayores con incapacidad motriz y con hipoacusias profundas (Pasik, 1990, pp. 137-139).

En este punto, es importante hacer una breve referencia relacionada con la evolución de las prótesis para poder comprender cómo los avances científicos-tecnológicos han incido positivamente en la vida de las personas con problemas auditivos.

La historia de las prótesis está ligada con la evolución de los circuitos electrónicos en general, los cuales alcanzaron relevancia durante el siglo XX. A lo largo del tiempo, el ser humano fue descubriendo la posibilidad de aumentar la fuerza del sonido utilizando superficies que pudiesen recoger y reflejar una mayor presión sonora hacia el conducto auditivo y empezó a fabricar prótesis para ayudar a las personas que sufrían esta discapacidad. También, se preocupó por embellecer el diseño de estos instrumentos haciéndolos cada vez más pequeños, por una cuestión de estética. Pero al reducir el tamaño de estos receptores de sonido se reducía también su eficiencia. Este

inconveniente mejoró cuando se combinaron las dos energías: la acústica y la eléctrica. Ambas se conectan y permiten la transferencia de señales entre una y otra. Así, la fabricación de las audioprótesis fueron mejorando tanto en su miniatura como en el aumento continuo de la fidelidad de amplificación del sonido y el consumo eficiente de la energía (esta corriente eléctrica era generada por una pila). En 1986, aparece la primer prótesis digital, posteriormente, aparece un nuevo sistema híbrido, en parte digital y en parte analógico fabricado especialmente para disminuir los ruidos ambientales.

A partir de la década del '80, aparecieron los primeros modelos peritimpánicos fabricados con un sistema de amplificación del sonido con mayor presión o potencia, menor distorsión y menor consumo de energía. En la actualidad, existen varios modelos de audífonos digitales muy pequeños, casi invisibles, con memorias programables que almacenan diversos sistemas de amplificación que incluyen varias bandas para descomponer el espectro acústico y con circuitos especiales para eliminar los ruidos del ambiente tanto para audioprótesis retroauriculares o intrauriculares. Todos son relativamente fáciles de usar, pero con una gran desventaja: el alto precio que muchas veces es inaccesible para la mayoría de las familias en donde alguno de sus miembros necesitan un audífono (Pasik, 1990, pp. 1-19).

1.3.3. Estimulación temprana

Los primeros tres años de vida son fundamentales para el desarrollo de la comunicación y del lenguaje, por lo tanto, es indispensable estimular a los niños, especialmente a los que padecen problemas de audición, para que adquieran, durante este periodo, la mayor cantidad posible de estructuras comunicativas y lingüísticas. El factor temporal tiene una importancia decisiva, ya que en ningún período de la vida serán factibles mayores progresos en el campo lingüístico e intelectual como en la niñez temprana.

La producción vocal espontánea que tiene el niño hipoacúsico al nacer es semejante a la de un bebé oyente, pero esa voz natural va a desaparecer progresivamente a partir de los seis o siete meses si el niño no es estimulado adecuadamente. El tratamiento de estimulación temprana se va dando en un proceso dinámico y constructivo y debe contemplar todas las áreas: cognoscitiva, motriz, sensorial y verbal. Su principal objetivo es introducir o antes posible las medidas educativas adecuadas que puedan atenuar las consecuencias del daño auditivo o, en casos de sorderas leves, evitarlas en su mayor parte. Este proceso fundamentado en principios teóricos y prácticos convoca distintas especialidades médicas tales como pediatría, neuropediatría, genética, psicología,

psicopedagogía y fonoaudiología.

Lo ideal es que la rehabilitación se inicie a partir del nacimiento hasta los 36 meses de edad, en sesiones individuales de 45 minutos de duración media, tres o cuatro días a la semana y que el terapeuta tenga su profesión básica en la especificidad que el paciente necesita, por ejemplo, un fonoaudiólogo o un profesor de sordos especializado, pero siempre desde la observación clínica. Es importante trabajar de forma globalizada y con espíritu lúdico, en un ambiente de afecto y confianza, en los siguientes campos:

- Entrenamiento auditivo orientado a descubrir el mundo del sonido a través de instrumentos musicales, ruidos ambientales, amplificadores de sonido, altavoces, vibradores, tarimas vibratorias y globos.
- Área de comunicación no verbal-verbal con el fin de que, el lenguaje comprensivo y el lenguaje expresivo, provoquen en el niño sordo la necesidad de comunicarse consiguiendo emisiones espontáneas de voz hasta llegar a la palabra e iniciarlo en el lenguaje oral.
- Área de autonomía personal-social para fomentar, en función de la edad del niño, la actuación por sí mismo de sus propias acciones. Es necesario que existan límites claros y razonables, dentro de un contexto de libertad, que proporcionen al niño estabilidad, equilibrio y seguridad (Castañeda, 2003).

1.4. Trastornos auditivos: implicaciones sociales y culturales

El lenguaje es una de las expresiones culturales más distintivas de las distintas sociedades ya que permite que las personas puedan comunicarse y vehicular historias, costumbres, tradiciones, entre otros temas. Pero también es cierto, que la deficiencia auditiva implica, para los sujetos que la padecen, un gran impedimento para adquirir y comprender el lenguaje del resto de la sociedad. Esta situación se instala como uno de los principales problemas que viven estos grupos para integrarse al “mundo de los oyentes”. A pesar de ser una realidad reconocida por la sociedad y relevante en los ámbitos científicos, sigue teñida por arraigados prejuicios sociales, por problemas emotivos y, a quienes la sufren, se le suman los, lingüísticos e intelectuales.

Aristóteles decía que los sujetos con problemas auditivos no podían razonar. Hipócrates de Cos, por otra parte, sostenía que la sordera era una enfermedad y que solo podía curarla Dios. Inclusive hasta el siglo XV, la iglesia católica creía que la educación era recibir las ideas que nos decía Dios. Como lo hacía por medio del habla, y el sordo no le podía oír, porque estaba alejado de Dios. La iglesia creía que estas personas no tenían alma. Y si no tenían alma no encontraban una

razón para educarlo, por lo tanto no tenían ninguna esperanza.

El primero que pensó que se podía educar a una persona sorda fue Girolamo Cardano, nacido en 1501 que decía que los signos manuales podían ayudarla para comunicarse con los oyentes. Como era médico conocía muy bien los órganos de los sentidos, quería que la gente pensara de manera diferente y decía que se podía hacer oír al sordo mediante la lectura y hacerle hablar mediante la escritura.

Numerosos estudios han demostrado que los bebés necesitan oír el sonido de la voz de su madre y, a medida que crecen, los sonidos de las voces de otros seres humanos para desarrollar su facultad del habla por lo que sin la evolución regular del oído no es posible un desarrollo normal del habla. El recién nacido con problemas de audición, sea o no detectado, tiene un modo de socialización diferente a la de los niños oyentes. La comunicación de estos pequeños se reduce al contacto directo a través de las sensaciones táctiles y a la mirada, por lo que necesitan que la madre esté dentro de su campo visual. Además, van creciendo en un mundo en donde no hay previsibilidad por el ruido, por ejemplo, de unos pasos que se acercan. Los sucesos le llegan de forma abrupta, a menudo por el contacto con su cuerpo. Un bebé sordo, no sabe que está acompañado cuando el adulto no está delante de su campo visual. Ciertas alteraciones emocionales que provocan situaciones de miedo, de angustia, de incomodidad, el bebé oyente las vive en forma diferente desde los primeros días, ya que puede percibir y sentir contención. En cambio, la falta de sonido hace que el niño sordo no reciba el mensaje afectivo que le pueda llegar a través de las ondas sonoras. Esa cierta inestabilidad emocional, más adelante, puede manifestarse de forma hostil.

A la limitación comunicativa, entendida esta como la expresión y la comprensión, y la vulnerabilidad socio-afectiva a la que está expuesto un niño con pérdida auditiva, sino es asistido y estimulado adecuadamente, se le suman importantes problemas cognitivos. Dice Marion Down (1976) que una pérdida auditiva de 15 decibeles en un niño es suficiente para producirle problemas del lenguaje y, consecuentemente, problemas en su socialización primaria, especialmente si su contexto familiar es oyente, y en su socialización secundaria, debido a que no todas las escuelas, clubes, entre otros organismos, están preparados para integrar a personas sordas (Castañeda, 2003).

En efecto, la comprensión y producción de léxico en estos niños es lenta y reducida. El mayor impedimento que tienen para comunicarse se centra en los tiempos verbales, los artículos, las preposiciones y las estructuras sintácticas. Estas carencias le dificultan la creación de su lenguaje interior y la integración social. Según Marchesi “Lenguaje y pensamiento tienen orígenes distintos,

realizándose posteriormente un proceso de interconexión funcional por lo que el lenguaje se convierte en pensamiento y el pensamiento en lenguaje” (1987, p.35). Cuando se habla de sorderas de cierta magnitud, la rehabilitación del lenguaje oral mediante estimulación precoz de los restos auditivos, para entender lo que oyen o el entrenamiento en lectura labial, no son suficientes para estructurar su pensamiento. Además, los sordos no pueden integrarse fácilmente en una conversación grupal, ya que frena su ritmo, se impacienta o impacienta a los demás, lo cual puede dar lugar a ciertos rasgos de inadaptación o agresividad. Van desconociendo desde el principio la realidad o la van adquiriendo a partir de formaciones visuales o actuales siempre incompletas y deficitarias por lo que accede con mayor dificultad a la formación de conceptos abstractos. Pero en la medida en que los padres acepten esta patología en su hijo, es como el niño va a responder a las relaciones afectivas y a los intercambios comunicacionales en el seno familiar.

Ante este panorama, los equipos interdisciplinarios de estimulación tienen un importante compromiso ya que deben brindar asistencia tanto al niño como a sus progenitores para favorecer la autonomía y la contención del pequeño. Distinto es el caso de niños sordos con padres que padecen también esta discapacidad, ya que la aceptan con más naturalidad, comprenden y ofrecen al niño un sistema comunicacional basado en un lenguaje manual de signos que aprende con mayor facilidad y de esta manera la relación con su entorno se hace más fluida.

Una de las implicaciones socioculturales más significativas que surge de esta problemática es la discusión en torno al lenguaje de los sordos. Entre los objetivos que se han planteado los investigadores y han puesto gran atención, ha sido conocer el desarrollo de la inteligencia de estos sujetos, poder develar los códigos de memoria que utilizan, determinar cuánto influye la privación auditiva y la limitación del lenguaje en su desarrollo cognitivo para fundamentar una propuesta educativa adecuada. Además, han estudiado la relación entre el pensamiento y el lenguaje en personas con graves dificultades para acceder al lenguaje oral, pero con más posibilidades para acceder a un sistema lingüístico signado o lenguaje de señas. En torno a esta situación, han surgido diferentes posiciones.

Una de las más radicales son las que adhieren a los sistemas orales y rechazan el lenguaje de signos por no considerarlo un verdadero lenguaje y por estimarlo una interferencia para la adquisición del lenguaje oral. El objetivo de la enseñanza oralista es la adquisición de la lengua oral y escrita que se habla en el entorno del sordo. Hace hincapié en el aprovechamiento de los restos auditivos para la percepción de los elementos prosódicos como su ritmo, tiempo, pausa o en el entrenamiento de la lectura labial. Esta consiste en reconocer las palabras y captar el lenguaje a

partir de los movimientos y posiciones de los órganos articulatorios visibles del interlocutor. El esfuerzo constante de interpretación produce fatiga e impide el mantenimiento sostenido de la atención y, en el momento en el que el sujeto sordo deja de mirar, pierde el mensaje. Por ello se procura realizar enunciados breves y sencillos.

Esta antigua y convocante preocupación social como es el aspecto pedagógico que tradicionalmente ha inducido al sometimiento del sujeto sordo a una cultura oyente inhabilitándolo para enriquecer la propia, tiene como antecedente importante el Congreso Pedagógico Internacional que se realizó en Buenos Aires, en 1882, cuyo objeto era definir la política educativa federal especialmente orientada a la educación primaria

El Dr. Antonio Terry, diputado, senador, ministro plenipotenciario en Chile y jurisconsulto, quien tenía tres hijos sordos, presentó una ponencia donde propiciaba la creación de una escuela oralista. Recién el 19 de septiembre de 1885, se firma la Ley 1662 por la cual se crea el Instituto Nacional de Sordomudos con el fin de que “enseñen a los sordomudos a usar la palabra puesto que si no permanecerán en un estado de incapacidad mortal e intelectual”, palabras que marcaron el derrotero de la educación del sordo dentro de esta una corriente, vigente aún en ciertos sectores de la sociedad. Serafino Balestra, quien implementa la postura oralista fue el primer director del Instituto hasta 1892. Ferviente defensor de este método de enseñanza fue uno de los principales oradores del Congreso Pedagógico de Milán de 1880 que trajo como consecuencia la supresión de la Lengua de Señas en la enseñanza de los niños sordos de Europa.

Es difícil revertir los efectos originados en la fuerte ideológica oralista instaurada en la sociedad desde fines del S. XIX. La influencia aún perdura en la educación del niño sordo, sobre todo en algunas escuelas del ámbito privado que sostienen como única alternativa posible el método oralista. En cuanto a la escuela especial pública, la situación es menos categórica en tanto permite a los alumnos expresarse en Lengua de Señas, pero el método pedagógico sigue los lineamientos del oralismo. Durante muchos años, se ha considerado el aprendizaje del lenguaje de los signos por parte de los sordos, como algo perjudicial para la adquisición del lenguaje oral y para la integración en la sociedad de oyentes. Dice Marchesi “No existe una respuesta sencilla para decidir cuál de las dos lenguas es mejor para estos niños tan especiales. Además, hay que tener en cuenta la actitud de los padres, educadores, un proyecto educativo homogéneo, la posibilidad de aprendizaje, el ambiente lingüístico donde se desenvuelven estos niños” (1987, p.267).

Actualmente, en la sociedad existe una revalorización del lenguaje de los signos ya que se lo considera como el propio de ese colectivo, de fácil y rápida adquisición ya que es su primera

lengua, su medio de comunicación natural y facilita la comunicación del niño sordo desde sus primeros años. Como un lenguaje más, es un sistema de símbolos, pero estos no se producen a partir de los sonidos, sino de los gestos de las manos, el cuerpo, la expresión facial y los ojos. Es un lenguaje que se percibe por la vista. Los elementos constitutivos, equivalentes a los fonemas, son los queremas. Este tipo de lengua de los sordos, también llamado lenguaje de las señas, es diferente en cada país. Generalmente, los primeros en aprenderlo son los hijos de padres sordos como una forma natural de comunicación por lo que algunos reciben, desde pequeños en el ambiente familiar, una combinación simultánea de lenguaje oral y el de los signos. En cambio, los padres oyentes prefieren manejar el lenguaje oral con sus hijos sordos y el objetivo es que lo aprendan y utilicen; en general, tienen una actitud negativa hacia ella.

La Lengua de Señas en Argentina (LSA) se inició en 1882, en un periodo de progreso y desarrollo. El trípode ideológico que sostenía el proyecto argentino se sustentaba en la inmigración, la agricultura y la alfabetización. La alfabetización y la inmigración han influido especialmente en la historia de la educación del sordo en nuestro país. La Lengua de Señas Argentina recibe influencia lingüística de la Legua de Señas Italiana a partir de la fuerte inmigración que vino de Italia a la Argentina.

El Registro de la Comunidad Sorda Argentina data de principios del S.XX, fecha en que los sordos egresados de las escuelas comienzan a reunirse en forma regular hasta que uno de los hijos de Terry, sordo de nacimiento, funda la Asociación de Sordomudos de Ayuda mutua de Buenos Aires en 1912, de la que fue Presidente durante 25 años. El desarrollo de la LSA está estrechamente unido al desenvolvimiento de la Comunidad sorda y esta constituye un lugar formal de agrupación íntimamente ligada a la creación de las escuelas para sordos. Aun cuando estas fueran dirigidas por oyentes constituyen contextos sociales donde la identidad y la cultura sorda se han desarrollado (Marchesi, 1987, pp. 28-31).

Es importante señalar que la problemática del lenguaje de los signos, desde la antigüedad ya interesaba a los hombres de la cultura. Platón, en su *Crátilo*, comenta su naturalidad y plasticidad. Pedro Ponce de León, en el siglo XVI, estudió el pensamiento de Cardano, y utilizó un sistema para enseñar a los niños sordos, mediante signos manuales asociados a objetos reales, dibujos de los objetos. A la vez que les enseñaba el signo del objeto y el dibujo del material, les enseñaba como se escribía la palabra. Algunos de sus alumnos consiguieron leer y escribir.

Las investigaciones sobre las lenguas de signos surgen en la década de los sesenta, concretamente en el año 1965, con el lingüista norteamericano William Stokoe y la publicación de

su investigación *Sign language structure: An outline of the visual communication systems of the American deaf*. Este estudio provocó una auténtica revolución no sólo en el ámbito de la lingüística, sino también en la concepción que hasta la fecha se tenía de la sordera; la sordera se empezó a considerar no como una patología, sino como depositaria de una cultura, con su lengua natural y propia, la Lengua de Signos. Stokoe demostró a través de su investigación que la ASL (Lengua de Signos Americana) cumplía con todas las características propias de los sistemas de signos lingüísticos. Hizo hincapié en la articulación de los signos y la arbitrariedad. La investigación continuó con la tesis en 1976 de Lynn Friedman, los estudios de Wilbur y de M. Deuchar (Domínguez y Alonso, 2004).

A pesar de los estudios avanzados al respecto, resulta difícil revertir los efectos de la fuerte ideológica oralista instaurada en nuestra sociedad y que perdura hasta nuestros días en la educación del niño sordo, sobre todo en algunas escuelas del ámbito privado que sostienen como única alternativa posible este método de enseñanza. En cuanto a la escuela especial pública, la situación es menos dura en tanto permite a los alumnos expresarse en Lengua de Señas, ya que la misma no se enseña específicamente y el método pedagógico sigue los lineamientos del oralismo (Battistelli, 2007).

La diferencia entre ambas opciones educativas a la hora de abordar la enseñanza del lenguaje oral se sitúa fundamentalmente en dos aspectos. Por un lado, dentro de las opciones bilingües la enseñanza del lenguaje oral se apoya en la competencia lingüística que poseen los alumnos sordos en lengua de signos, recordemos que ésta se adquiere de forma natural y en los mismos momentos evolutivos en los que el niño oyente adquiere la lengua oral, es decir, la lengua de signos se convierte en un recurso y no en un obstáculo para la enseñanza de la lengua oral. Además de estos lenguajes, existen sistemas complementarios de comunicación. Los mismos tienen la finalidad de apoyar el acceso al lenguaje oral. Estos son: la *comunicación bimodal* que utiliza el lenguaje de signos al tiempo que se habla, siguiendo el orden y estructura del lenguaje oral. *Palabra complementada* que consiste en ocho consideraciones manuales, que se realizan en tres localizaciones alrededor de la boca, de manera, que los fonemas similares puedan ser diferenciados por la posición de la mano. Por último la *comunicación total* que trata de utilizar todos los canales disponibles que fomenten en el niño una actitud positiva hacia la comunicación. Entonces, surge el compromiso y la necesidad, tanto de los padres como de los maestros, conocer la comunicación bimodal, palabra complementada, el lenguaje de signos, que le posibiliten la interacción con los demás, y el acceso a los contenidos escolares, difícilmente accesibles con el lenguaje oral (Cózar

Mata, 2007).

De lo expresado, se advierte que el diagnóstico temprano permite llevar a cabo tratamientos que eviten secuelas irreversibles. La detección precoz de los problemas auditivos es posible, gracias a los avances de la ciencia y de la tecnología, sobre todo antes de los tres meses de edad. Esta detección es fundamental ya que el pronóstico de esta discapacidad se relaciona más con la edad del diagnóstico que con la severidad de la sordera que pudiera tener el niño en un futuro.

Asimismo, la interacción comunicativa es fundamental para el posterior desarrollo del niño sumado a una asistencia de detección, estimulación y rehabilitación temprana. Además, esto es indispensable ya que el niño va a adquirir herramientas cognitivas e instrumentales necesarias para lograr una adecuada y eficaz integración socio-cultural. La edad de la escolarización temprana es una constante que produce significativas diferencias en la evolución intelectual y lingüística del hipoacúsico (FIAPAS 2007).

No se puede negar que las variables económicas y sociales son factores que inciden en el momento de acceder a una estimulación, aplicación del audífono y educación utilizando los restos auditivos del niño.

Estos temas lo han entendido los responsables de la salud en los distintos países del mundo y por tal motivo se han implementado programas de detección temprana de la incapacidad acústica como de asistencia a ese sector de la población.

En los próximos capítulos se analiza las normas que legislan esta problemática en Argentina, España y Canadá.

CAPÍTULO II: SISTEMA SANITARIO ARGENTINO

Los distintos países cuentan con Sistemas de asistencia sanitaria o sistema de atención de salud que responden a sus respectivos marcos políticos e institucionales lo que determina organizaciones y métodos particulares de implementación. Estos organismos son los ministerios, instituciones, hospitales, centros de salud, servicios de salud pública, así como otras redes, que inciden en la salud de la población. Lógicamente, la misma se logra con políticas integrales que contemplen la educación, la vivienda, la alimentación, los servicios sociales, entre otras.

En el presente capítulo, se describen los Sistemas de Asistencia Sanitaria de Argentina y en los próximos los de España y Canadá, temas de interés de este estudio.

2.1. Contexto socio-económico, político y demográfico

La República Argentina es un país latinoamericano ubicado en el sur del continente; se caracteriza por ser un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal. Tiene una extensión territorial de 3.761.274 km² y fronteras comunes con cinco países. Está compuesta por 23 provincias y la Capital Federal. Forma parte del Mercado Común del Sur (Mercosur) junto con Brasil, Paraguay y Uruguay, creado el 26 de Marzo de 1991 con la firma del Tratado de Asunción, que establece la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países; un arancel externo común y la adopción de una política comercial colectiva; la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales entre los Estados partes y la armonización de las legislaciones para lograr el fortalecimiento del proceso de integración.

El último censo nacional de población y vivienda de 1991, estimó una población de 35.219.612 habitantes para 1996, con una tasa de crecimiento anual promedio de 1,261%, que registra un comportamiento descendente. La tasa global de fecundidad continúa su tendencia declinante: de 3,15 hijos por mujer en 1980 se proyecta una tasa de 2,82 hijos por mujer para 1990-1995 y de 2,62 hijos por mujer para 1995-2000. La tasa de natalidad registró una muy leve, pero sostenida declinación: en 1993 fue de 19,8 por 1.000 habitantes, en 1994 de 19,7 por 1.000 y en 1995 de 18,9 por 1.000.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos, de acuerdo con proyecciones para 1990-1992, fue de 71,93 años, 75,69 años para las mujeres y 68,44 años para los hombres. Las

proyecciones para el período 1995-2000 indican una esperanza de vida al nacer de 75,59 años, 69,55 años para los hombres y 75,75 años para las mujeres.

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (1998), la estructura de la pirámide poblacional muestra que los menores de 15 años no superan 30% del total de habitantes, mientras que los mayores de 60 años totalizan 13%. La edad mediana de la población era de 27,6 años en 1985 y se estima que será de 28,4 años en el 2000. La proporción de mayores de 65 años, que en 1990 representaban 9,0% de la población total, actualmente se estima en 9,5% y alcanzaría a 9,8% en el 2000, con marcado predominio femenino.

2.2. Estructura y alcance del sistema de salud en la Argentina

La Constitución Nacional contempla, de manera explícita, el derecho a la salud de los habitantes de la República. El art. 74 inc 23, de la misma dice: “El estado nacional se compromete a legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen igualdad real de oportunidades y de trato, defensa al usuario de servicios de salud y en tratados internacionales con jerarquía constitucional los alcances del derecho a la salud en niños, mujeres, grupos minoritarios, discapacitados y población en general”. Asimismo, el art. 121, define el carácter federal del sistema de salud en Argentina, al establecer que: “las provincias conservan todo el poder no delegado al Estado Nacional”. La máxima autoridad del Poder Ejecutivo Nacional en materia de salud corresponde al *Ministerio de Salud de la Nación*, que cumple una función de conducción y dirección política del sistema en su conjunto. A su vez, a cada *Ministerio de Salud provincial*, le corresponde el gerenciamiento y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos a los efectos de cumplir con los programas y actividades de las respectivas jurisdicciones. Por ello, las constituciones provinciales retoman en sus articulados la garantía del derecho a la salud integral y garantizan la equidad en el acceso al sistema público financiado por los mismos estados provinciales, es decir, las provincias han conservado la potestad en gestión y en el desarrollo normativo en la materia. Esto ha generado servicios de salud heterogéneos. No obstante, todos están orientados a la atención médica reparadora de la enfermedad y centrada en la institución hospitalaria.

Las políticas nacionales de salud promulgadas en julio de 1992 plantean, como línea fundamental, el derecho de la población a la salud sobre la base de principios de: *universalidad, equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad*. El mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica se materializa mediante el fortalecimiento de las acciones de

promoción y protección de la salud con criterios de focalización poblacional y la redefinición y reorientación del papel del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización. En este contexto, se adoptaron medidas orientadas a transformar el funcionamiento del sistema de atención médica, específicamente, relacionadas con la reconversión de las obras sociales.

Asimismo, se pusieron en marcha: el *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*, el *Programa de Hospitales Públicos de Autogestión* y el *Plan Médico Obligatorio (PMO)*.

Los cambios en el sector salud fueron precedidos por la reforma del sistema de previsión social, que se basó en la creación de un sistema mixto con dos componentes: *el obligatorio y el voluntario*.

El primero de ellos presenta, a su vez, dos modalidades: una *administración estatal*, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto), y una *administración privada*, con objetivos de ahorro y seguro. Este ahorro puede ser mediante un plan de ahorro individual en el que solo aporta el asegurado o un plan auspiciado por una empresa, en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulada por el Estado (régimen de capitalización). El componente voluntario, similar en todos los demás aspectos al de capitalización, se financia solo con las contribuciones del asegurado.

2.3. Subsector estatal de salud

El *subsector estatal de salud* en Argentina opera a nivel nacional, provincial y municipal. Se encarga de prestar servicio gratuito a la población, a través de la red de los hospitales públicos, los centros de atención primaria o centros de salud, gracias a los fondos provenientes de la recaudación impositiva. A ellos asisten, especialmente, personas de escasos recursos. El número de hospitales nacionales y provinciales, es de aproximadamente 1200 establecimientos.

Este subsistema funciona bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud. Hasta hace unas décadas, se ha dado un proceso de descentralización ya sean nacionales, provinciales o municipales; con una distribución geográfica de sus servicios muy amplia en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que asista a estas instituciones. La red pública atiende, aproximadamente, al 53.2% de la población, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos que carece n de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. De hecho, actúan como un reaseguro para las Obras Sociales pues mantienen un flujo de atención sin cargo para población asegurada.

Otros organismos e instituciones tienen responsabilidades sobre la salud, variando su ubicación estructural y su grado de vinculación con los ministerios de salud según las jurisdicciones. Por ejemplo, la salud ambiental suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero solo representa un sector muy específico en el nivel nacional, donde existe una Secretaría de Estado responsable del tema ambiental. Las Fuerzas Armadas tienen su estructura propia asistencial, cada rama por separado, y producen algunos insumos como, por ejemplo, medicamentos. El área de educación es responsable de la formación de grado y postgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios. También mantiene servicios de sanidad escolar para acciones de prevención y promoción de salud.

2.4. Subsector privado de salud

El sector privado, conocidos también con el nombre de Empresas de Medicina Prepaga, son entidades que brindan mayor cobertura y servicios que otras Obras Sociales y se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga, esta última en representación de aquellas corporaciones que no cuentan con servicios propios. Las mismas se distribuyen en todo el país aunque mayormente se concentran en Buenos Aires y se financian con los aportes de los afiliados de buenos ingresos y tienen una mínima regulación estatal. Los costes de las cuotas mensuales son más elevados que otras obras sociales, pero ello se traduce en una prestación de mayor calidad.

Este subsector incluye también a las entidades sin fines de lucro como las Cooperativas y las Mutuales de Salud que no operan como Obras Sociales. Estas entidades pueden ofrecer planes de salud que no se consideran en el sector privado porque no se consideran Agentes del Seguro de Salud, ni están obligadas a ofrecer las prestaciones básicas que establece el PMO ya que su actividad es autorizada y vigilada por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social. La financiación se realiza con recursos derivados de contratos con las Obras Sociales y/o con el aporte del paciente. Aproximadamente, el 15 % de la población se vale de sus servicios.

Las empresas de medicina prepaga deben garantizar a sus beneficiarios, como mínimo, un conjunto de prestaciones esenciales del Programa Médico Obligatorio.

2.5. Subsector de obras sociales

El *subsector de obras sociales* actualmente se organiza como seguro social obligatorio en el cual tiene gran incidencia los sindicatos de cada sector productivo y son financiadas gracias a los

aportes realizados por los trabajadores y empleadores en un porcentaje determinado. En algunos casos, estas no prestan servicios de manera directa sino que lo hacen mediante la subcontratación de un subsector privado. Argentina cuenta con más de 300 obras sociales, pero un número muy reducido de ellas, aproximadamente 20, concentran el mayor número de afiliados. Este sistema cubre los gastos médicos y los medicamentos en determinados porcentajes fijados en los denominados “Vademecum”, confeccionados por las obras sociales.

El sistema de aseguramiento social está representado por las instituciones dependientes de los Ministerios de Salud Nacional y Jurisdiccionales y las instituciones de seguridad social: Obras Sociales Nacionales, Provinciales y PAMI, cubren el 95% de la población, en tanto el 5% restante cuenta con cobertura de salud brindada por empresas de medicina. Algunos gobiernos provinciales destinan partidas adicionales a sus obras sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) que, además, recibe aportes de los trabajadores activos y pasivos.

La presencia activa del sindicalismo argentino es un factor relevante en este subsistema; en cada rama productiva los sindicatos administran su seguro de salud y pactan con el gobierno las condiciones de trabajo.

Las obras sociales deben garantizar a sus afiliados los servicios básicos del Programa Médico Obligatorio establecido en la resolución 201/2002 MS (luego modificada por la res. 1991/2006 MS), que incluye la atención ambulatoria, internación y alta complejidad, atención Odontológica, Salud Mental, Provisión de Medicamentos (OPS, 2010).

2.6. Las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART)

Las *aseguradoras de riesgos del trabajo* (ART) fueron diseñadas como sistemas entre los años 1995 y 1996 y se basan en el funcionamiento de operadores privados, encargados de gestionar y atender las necesidades de prevención y reparación de daños laborales. Está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTySS). En la actualidad están encaminadas hacia un marco regulador completo extendiendo la cobertura más allá del trabajo formal.

2.7. Otros organismos reguladores de la salud

El sistema de salud también está regulado por los siguientes organismos estatales: La *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica* (ANMAT) que tiene competencia en el control y fiscalización de la sanidad y la calidad de todo producto que pueda afectar la salud humana. Esto comprende: drogas, productos químicos, reactivos, formas

farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías médicas, alimentos acondicionados y cosméticos.

El *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados* (INSSJyP – PAMI) es la institución más grande de la seguridad social argentina, atiende aproximadamente a cuatro millones de personas, entre afiliados y beneficiarios. Se dedica a la cobertura de servicios de salud de los jubilados y sus familias.

La *Administración Nacional del Seguro de Salud* (ANSSal) se creó con la misión de garantizar a los beneficiarios de las obras sociales la equidad en la cobertura integral médico–asistencial en todos los niveles de complejidad. Para ello, asegura el cumplimiento de normativas y regulaciones y administra los subsidios del Fondo de Redistribución de las obras sociales.

La *Superintendencia Nacional de Servicios de Salud* (SSSalud) es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud y Acción Social que goza de autarquía administrativa, económica y financiera a la vez que cumple las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

2.8. Promoción de la salud y los programas de atención primaria

Además de la reestructuración técnica y política del Ministerio de Salud y Acción Social, la reforma del Estado ha tenido como consecuencia una reorientación de las estrategias y programas de diversas unidades técnicas de los niveles centrales. Entre los principales programas se destaca el Programa de Maternidad e Infancia. En 1994, se formuló el *Compromiso en Favor de la Madre y el Niño*, se establecieron las metas y estrategias nacionales y se incrementaron de manera significativa los fondos nacionales para la ejecución de los programas provinciales, los que progresivamente están adquiriendo mayores niveles de gestión.

El Ministerio de Salud decidió impulsar acciones de promoción y protección de la salud estableciendo programas de *Comunicación social, educación para la salud y tabaco y salud*, y estimulando la reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicio.

Entre ellos merece destacarse el *Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles*. El programa nacional de inmunizaciones se ha esforzado por aumentar los niveles de cobertura y vigilancia de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización y mejorar su integración con los programas provinciales y ha emprendido una campaña de eliminación del sarampión. En 1996, las coberturas registradas fueron de 89,7% para la vacuna antipoliomielítica, 82,8% para la triple (DPT), 100% para la BCG y 100% para la antisarampionosa. Además, ha

consolidado el sistema de vigilancia de las enfermedades transmisibles, lo que resultó en un aumento de las notificaciones.

Los antecedentes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se remontan a la década de 1950, cuando ya se contaba con datos de notificaciones mensuales de enfermedades transmisibles por jurisdicción.

En 1993, se reformuló el sistema a cargo de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social, observándose un aumento de las notificaciones cercano a 174%. Los datos corresponden, casi en su totalidad, al subsector oficial de salud y se refieren a morbilidad de consultas externas, servicios de urgencia e internación.

En 1996, se constituyó la Red Nacional de Laboratorios Argentinos de Salud Pública (RELAS), integrada por diversas redes de laboratorios que tienen por misión fundamental participar en las políticas científicas y técnicas vinculadas a los aspectos sanitarios del ámbito público. En este sentido, nuclea y coordina institutos, laboratorios y centros de salud localizados en distintos lugares del país y actúa como institución nacional de referencia para la prevención, control e investigación de patologías.

Los Programas de Atención Primaria son estrategias que conciben integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y del conjunto social. No solo provee servicios de salud, sino que afronta las causas sociales, económicas y políticas de la ausencia sanitaria.

En su visión, integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia, con sus saberes y cultura y la medicina científica.

El objetivo de esta modalidad de atención asistencial es promover una distribución más justa de los recursos. Tiene sus antecedentes en el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70: la *Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud de Alma-Ata*, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. La misma estuvo organizada por la OMS/OPS y UNICEF, patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la *Declaración de Alma-Ata*, que fue firmado por los estados miembros de la OMS en donde se subrayaba la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue “*Salud para Todos en el año 2000*”.

Si bien, para muchos, esto solo es una utópica enunciación para tranquilizar conciencias, el contenido de este informe, implicaba un cambio radical de las políticas existentes. Se pretendía privilegiar a los más necesitados e impulsaba un cambio que promoviera el desarrollo social y económico, la solidaridad entre países, la equidad, la justicia.

Argentina no permanece ajena a estas disposiciones y recomendaciones de la OMS y para fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud, incidiendo de manera transversal en todos los ámbitos, puso en marcha numerosos proyectos y acciones del Ministerio de Salud para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, su curación y rehabilitación. Se implementaron programas que contemplan la salud mental, las adicciones, las enfermedades metabólicas, transmisibles, de riesgos (cardiovasculares, diabetes, hipertensión), de hipoacusia, la que se encuentra enmarcada en los programas de prevención de discapacidades, ya que esta patología es considerada como tal, entre otras.

Las políticas normativas de estos programas se encuadran en las legislaciones nacionales y provinciales. Actualmente, el *Plan Federal de Salud* vincula diferentes líneas de acción de las distintas jurisdicciones del país. La información que se maneja es integral y permite concretar abordajes, seleccionar diversas intervenciones para situaciones diferentes y dar respuestas a quienes más las requieren. Desde esta perspectiva, el sistema de atención primaria permite focalizar a la población más vulnerable, para poder introducir información que identifique a los grupos de poblaciones más expuestas o que afronten mayores riesgos de quedar excluidos o discriminados por políticas de corte universal. Esto permite, por lo tanto, construir equidad con eficiencia en el uso de recursos y eficacia en las acciones, concentrándolas en la participación de los sectores más necesitados. (InfoARG, 2007).

2.9. La legislación argentina y la discapacidad

En el año 2001 se realizó un Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas y posteriormente en los años 2002-2003 se efectuó una Encuesta complementaria llamada ENDI (Encuesta Nacional sobre Personas con Discapacidad), siendo la primera en realizarse tanto en la Argentina como en América Latina realizándose en una muestra de 67.000 hogares urbanos en todo el país, en localidades de 5.000 habitantes como mínimo, representando el 84% de la población total. De este sondeo realizado a hogares se concluyeron los siguientes resultados:

- En el 20,6% de los hogares de la Argentina vive al menos una persona con discapacidad, es decir, uno de cada cinco hogares del país hay al menos una persona con esta patología.

- El 7,1% de la población tiene alguna discapacidad: en números absolutos, son 2.176.123 personas.

- La mayoría de las personas discapacitadas son mujeres (53,6%) y casi la mitad tiene entre 15 y 64 años, hay que destacar que el 52% de la población argentina son mujeres.

- El 11,7% de las personas con alguna discapacidad tiene menos de 15 años, el 48,5% tiene entre 15 y 64 años, y el 39,8% restante (866.258) tiene 65 años o más.

- Las discapacidades más frecuentes son las motoras (39,5%), con predominio de afectación de los miembros inferiores (61,6%). Les siguen las visuales (22%), **las auditivas (18%)** y las mentales (15,1%). Entre estas últimas, el 63,2% son retrasos mentales y el 36,8% problemas mentales, como psicosis infantil o autismo.

Las cifras de la encuesta son similares a las de los países desarrollados, con los que Argentina comparte el promedio de expectativa de vida.

El sondeo revela un grave problema social: 4 de cada 10 no gozan de ninguna cobertura de salud, en especial, si se tiene en cuenta que el 38,4% no tiene cobertura de salud (en el nordeste, más del 50%) y quienes sí tienen cobertura de salud, no reciben todo lo que deberían, por lo que también van al hospital público.

Causas de la discapacidad:

1°. Por enfermedad: 972.747

2°. "Nació así": 278.482

3°. Accidentes: 267.600

4°. Otra causa: 293.302

5°. Ignorado: 200.932

6°. Problemas de parto: 45.932

7°. Desconocido: 50.820

8°. Más de una causa: 25.972

9°. enfermedad de la madre durante el embarazo: 19.010

Si se acotan estos datos dentro de la encuesta correspondiente a la discapacidad auditiva, se concluye que:

En la República Argentina, hay 400.000 sordos de una población total de 30.757.628 habitantes (recordar que es la población referente a los años 2002-2003, siendo actualmente de

35.000.000 aproximadamente).

De la población con discapacidad total de 2.176. 123 (7,1%), se detectó una población total de discapacidad auditiva: 265.355, de la cual 44.052 tienen sordera y 221.303 dificultades para oír.

En cuanto a las edades de las personas con discapacidad auditiva, se concluyó lo siguiente:

De 0 a 4 años: no hay datos precisos

De 5 a 14 años: 28.097 personas

De 15 a 29: 28. 563

De 30 a 49 50. 456

De 50 a 64 43. 906

De 65 a 74 46.935

De 75 y más 64.446

Como se puede observar, en la franja etárea de los 0-4 años no se pudo comprobar una cifra poblacional de bebés y niños con discapacidad auditiva (Maceira, 2002).

Estos datos fueron de suma importancia en su momento porque sirvieron como antecedentes y fundamento para la Ley de Creación del Programa Provincial de Prevención, Detección temprana y Atención de la Hipoacusia N° 2.488 de la Provincia de La Pampa (C.D. La Pampa, 2009).

La Constitución Nacional establece el derecho a la salud para todos los ciudadanos argentinos y, de hecho, toda persona que sufre algún tipo de discapacidad tiene derecho a una cobertura integral en cuanto a prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación integral. Las recibe del estado a través de sus organismos o de los entes del seguro social. De esta manera, se contemplan acciones de prevención, asistencia, promoción y protección según su necesidad.

En este punto, es pertinente recordar que conforme a la doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional (Conf.. Fallos: 302:1284; 310:112). El hombre es el eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto un fin en sí mismo que más allá de su naturaleza trascendente, su persona es inviolable y constituye el valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Conf.. Fallos: 316: 479, votos concurrentes). Además, este derecho se encuentra protegido por la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre, artículos VII y XI; en la declaración Universal de Derechos Humanos y, también, en la Convención sobre los Derechos del Niño. Esta última, ratificada por la mayor parte de los países del mundo, identifica como derechos fundamentales, el derecho al más

alto nivel posible de salud, el derecho de educación de calidad y el derecho de un nivel de vida adecuado (Proyecto de Ley, 2008).

En el país, varias leyes fueron sancionadas en favor de estos sujetos. Ellas son:

Ley de discapacidad N°22431/81. Por medio de la misma, se instituye un sistema de protección integral de las personas discapacitadas y se considera persona discapacitada a aquella que padece una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental que, en relación con su entorno social y edad, le implique desventajas para su integración familiar, social, educacional y laboral. En uno de sus artículos, establece que el Estado, a través de sus organismos, y las obras sociales prestarán los servicios de: rehabilitación integral para el desarrollo de las capacidades de estas personas, formación laboral o profesional, préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral e intelectual, regímenes diferenciales de seguridad social, escolarización en escuelas comunes con apoyo necesario previsto en forma gratuita o en establecimientos especiales si lo necesitase y promoción u orientación individual, familiar y social. Esta ley, también, contempla la entrega del Certificado de Discapacidad, expedido por una autoridad competente, para que el paciente, una vez determinada la naturaleza y grado de su discapacidad, pueda realizar todo tipo de trámite en relación con la cobertura y otros beneficios tales como pases libres en transporte público, compra de vehículos, exención impositiva. Según la normativa legal las prestaciones son:

Prestaciones preventivas: desde la concepción, tanto la madre como el niño tienen garantizados los controles, atención y prevención para el mejor desarrollo. En caso de factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con el seguimiento, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios para evitar patologías o, en su defecto, detectarlas tempranamente.

Si la discapacidad se detecta en el recién nacido en el período neonatal, se deben poner en marcha además, todos los mecanismos necesarios para evitar que empeore la patología o para compensarla a través de tratamientos que se puedan aplicar.

- Prestaciones de rehabilitación: para la recuperación de las capacidades motoras, sensoriales, mentales, por el tiempo o etapas y con equipos interdisciplinarios si el caso lo requiere. También, se encuentra cubierta la provisión de ortésis, prótesis y otras ayudas técnicas como sillas de rueda, bastones. Este punto es de interés porque, indirectamente, hace referencia al tema de la hipoacusia ya que se trata de una enfermedad discapacitante.

- Prestaciones terapéuticas educativas: garantiza la escolaridad, ya sea en escuela especial o

con integración en escuela común y comprende la educación inicial de 3 a 6 años y la básica de 6 a 14 años.

- Formación laboral: para la reinserción laboral del discapacitado.

- Estimulación temprana: es un proceso terapéutico educativo para promover y favorecer el desarrollo en forma armónica de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

Ley de Discapacidad N° 24901/97. Esta ley instituye un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral para las personas con discapacidad. Garantiza las prácticas descriptas en la ley anterior y, también, la obtención de medicación, y todo lo que el profesional prescriba: tratamiento, internación, estimulación, cuidador externo, traslados, según la necesidad de cada paciente, de forma gratuita, en Obras Sociales, Servicios de Medicina Pre-pagas y/o el Estado Nacional.

Las prestaciones básicas de discapacidad están cubiertas por (IPSE, 2010):

1. *Obras Sociales:* establecidas por las leyes 23660 y 23661 (Art. 28) que cubren rehabilitación y medicamentos, modificados y ampliados por ley 24901.

2. *Servicios de Medicina Pre-paga:* según la ley 24754 (Ley de Orden Público) y Resolución 939/2000 y modificatorias, por Resolución 1/2001 del Ministerio de Salud: estas dos resoluciones constituyen el Programa Médico Obligatorio (PMO).

3. *Estado Nacional:* las personas con discapacidad que carecen de cobertura médica de Obra Social o sin ningún tipo de beneficio o subsidio, tienen iguales derechos en virtud de la Ley 23660.

2.10. Programa Médico Obligatorio

Este programa de salud, que sienta sus bases en las leyes descriptas, es de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y para aquellos que, en el futuro, adhieran al mismo. Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención y asistencia. Los Agentes del Seguro deben garantizar a sus beneficiarios, mediante servicios propios o contratados, el acceso oportuno, libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

Asimismo, los beneficiarios tendrán derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas según el Catálogo de Prestaciones básicas del P.M.O. No están incluidas en la cobertura las prestaciones efectuadas fuera del país. Entre los diversos programas de atención primaria se citan:

El *Programa de Atención Primaria*. Este programa provee la asistencia médica fundamental,

y pone, efectivamente, al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la Seguridad Social, estimulando la participación de las mismas, logrando un beneficio superador en la inversión en salud, acentuando *la prevención de la enfermedad y la promoción y educación para la Salud*, sin olvidar el tratamiento oportuno y eficiente de la enfermedad. Se destaca por la permanente búsqueda de cercanía con los beneficiarios y por un marcado respeto hacia ellos en todas sus acciones.

Este proyecto, representa el primer nivel de contacto con las personas, las familias y la comunidad dentro del marco del Sistema Nacional de Salud. Coloca como objetivo a la salud y no a la enfermedad. Se debe considerar que la simple existencia u oferta de estos programas no constituye el cumplimiento acabado de los mismos. La cantidad de beneficiarios que se logre incluir sistemáticamente en los mismos y su continuidad en el tiempo son las cualidades a valorar. Con este fin, los Agentes del Seguro desarrollarán políticas activas de captación dentro de la población beneficiaria.

Los *programas de prevención* son los de mayor importancia para la población general. Cada Agente del Seguro desarrolla, en base al conocimiento epidemiológico particular de su población, programas específicos de prevención que ataquen los riesgos prevalentes, además de cumplir con los programas enunciados a continuación.

El *Plan Materno Infantil*. Este plan establece la cobertura del embarazo y del parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento y la atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad. Este programa comprende: cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido; la cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40 % para medicamentos ambulatorios no relacionados y la cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta el año de vida.

La atención del embarazo en los casos normales, se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto. En los de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

En el primer trimestre, se debe efectuar el primer control que comprende: anamnesis y confección de historia clínica; determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto; examen gineco-obstétrico y mamario; examen clínico general; exámenes de laboratorio: grupo y factor Rh, hemograma, glucemia, uremia, orina completa, VDRL, serología para Chagas, toxoplasmosis, HIV y HbsAg; estudio bacteriológico de orina en pacientes con antecedentes de

infección urinaria; en madres Rh negativo, se le realiza la prueba de Coombs indirecta; si fuera positivo repetir en la semana 32 y realizar grupo y factor al padre del niño; colposcopia y Papanicolaou; ecografía obstétrica; evaluaciones cardiológica y odontológica y de dan prescripciones relacionadas con la educación alimentaria.

En el caso del niño, recién nacido, se le realizará el examen para la detección clínica de deficiencias sensoriales al segundo día de vida, por el neonatólogo, para verificar prioritariamente: la audición (movimiento de defensa ante ruidos), la sensibilidad ante estímulos táctiles y los reflejos. A la semana de vida, se efectúa y asienta en la ficha del recién nacido los siguientes controles: control de audición por ruidos, reflejo fotomotor, reflejo de Moro, reflejo de prehensión palmo plantar, reflejo de enderezamiento y marcha.

Si se detectara alteraciones sensoriales, se recomienda, después del primer mes, evaluar la indicación de estimulación temprana. De persistir baja reactividad a los estímulos sensoriales deberán realizarse potenciales evocados auditivos y visuales. En las deficiencias sensoriales de niños distróficos, se dará tratamiento prioritario de la misma.

La detección de la hipoacusia se hará mediante la aplicación de potenciales evocados hasta los dos años. Una vez diagnosticada se iniciará la estimulación del niño hipoacúsico y la rehabilitación fonoaudiológica en forma temprana. (Moreno Márquez, 2009).

La rehabilitación incluye todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se encuentran establecidas en la resolución de este programa.

Los Agentes del Seguro deben dar cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial con el siguiente alcance: kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses; fonoaudiología: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses. La *cobertura de otoamplifonos* cubre el 100% en patología neurosensorial o perceptiva y el 50% en patología de conducción.

Las normativas de este programa establecen que hasta la escolaridad pre-primaria se otorga el equipamiento bilateral con audífonos retroauriculares para el estímulo de la vía neurosensorial. Durante la escolaridad y hasta los 18 años se otorgan equipos intraauriculares (bilaterales). A partir de los 18 años o fin de la enseñanza obligatoria, provisión de un otoamplifono retroauricular con moldes para intercambio bilateral y recambio cada 5 años o cambio de prescripción. En todos los casos, es obligatoria la cobertura con audífonos convencionales. No es obligatoria la cobertura de traspositores de frecuencia.

En diciembre de 1966, se reglamentó en Argentina el decreto ley N° 6765/63 convalidado por

la ley N° 16478 que legisla acerca de la venta de prótesis para sordos. Pocos países poseen este tipo de ley y la prescripción debe estar a cargo de un profesional médico. Existen otras leyes que protegen al hipoacúsico en cuanto a la posibilidad de llegar a la provisión del audífono y las obligaciones que tienen el estado y las Obras Sociales para la asistencia médica, económica y social (Pasik et al., 1999: 31-34).

Es oportuno aclarar que el Plan Médico Obligatorio surgió para ser aplicado a las obras sociales; posteriormente la Ley 24.754, sancionada en 1997, dispuso su aplicación a las Empresas de Medicina Prepaga. Esta ley busca garantizar a los usuarios de servicios médicos privados un nivel mínimo de cobertura médica, equivalente al que deben prestar las obras sociales a sus afiliados (Legislación, Salud y Medicina Privada, 2010).

En abril del año 2001, en el marco de las leyes de discapacidad mencionadas y del PMO, se publicó en el Boletín Oficial la *ley N° 25415* que hace referencia, específicamente, a las personas con discapacidad auditiva. Esta ley establece la obligación que tienen las Obras Sociales, las Asociaciones de Obras Sociales y las Empresas de medicina prepaga de brindar las siguientes prestaciones con una cobertura integral: estudios que establezcan las normas emanadas desde la autoridad de aplicación, Ministerio de Salud, conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todos los recién nacidos antes del tercer mes de vida; provisión de audífonos y prótesis auditivas y rehabilitación fonoaudiológica.

Con la ley mencionada, prácticamente, se individualiza este tipo de prestaciones para las personas con discapacidad auditiva y es, a través de la misma, que se crea el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de Salud. Esta Ley establece que todos los niños nacidos tienen derecho a que se les estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le asista con el tratamiento en forma oportuna en caso de que lo necesite. La legislación se fundamenta en varios conceptos como el que la audición es la vía principal para adquirir el lenguaje, uno de los principales atributos del ser humano que hace posible la comunicación, además juega un rol fundamental en la adquisición del conocimiento, en el desarrollo del pensamiento, en la inserción social y laboral.

En Argentina nacen por año, aproximadamente, de 700 a 1500 bebés con hipoacusia profunda o severa que son las más complicadas de tratarse. Los objetivos de este programa son:

- Investigación, docencia, prevención, detección y atención de las hipoacusias.
- Campañas de detección y de educación temprana de la hipoacusia.
- Planificar la capacitación del recurso humano en las prácticas diagnósticas y tecnología

adecuada.

- Arbitrar los medios necesarios para proveer a todos los hospitales públicos con servicios de maternidad, neonatología y/u otorrinolaringología los equipos necesarios para la realización de los diagnósticos que se necesiten.
- Proveer gratuitamente prótesis y audífonos a los pacientes de escasos recursos y carentes de cobertura médica y asistencial. (H.C. D. de la N., 2009).

Cabe aclarar que esta ley fue promulgada *parcialmente* el 26 de abril de 2001 y publicada en el Boletín Oficial el 3 de mayo del mismo año, y que en su origen la ley previó el financiamiento de los gastos que demanda la misma, salvo aquellos a cargo de las obras sociales y empresas prepagas, con los créditos correspondientes a la partida presupuestaria del Ministerio de Salud, pero con el decreto 469/2001 el Poder Ejecutivo vetó el artículo que preveía el financiamiento, aunque las obligaciones quedaron establecidas. Desde el mes de septiembre de 2005, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, prevé financiamiento para el cumplimiento de la ley, desarrollando un programa de detección temprana auditiva, en el marco del Programa de Pesquisa Neonatal (PPN). Otras provincias han celebrado convenios para el advenimiento a esta ley, creando Programas locales de detección temprana de la hipoacusia dentro de sus Sistemas de Salud.

Mención especial merecen el rol que desempeñan las organizaciones no gubernamentales, y que se encuentran distribuidas en las distintas provincias del país.

En el mes de junio de 2005, se creó el Consenso Argentino de Intervención Temprana de la Hipoacusia Infantil (COADITHI), de alcance nacional, conformado por organizaciones públicas y privadas, profesionales particulares y entidades de atención a población pediátrica; con el objetivo de promover Programas relacionados con la temática, sugerir guías de trabajo, crear una base de datos para trabajos estadísticos y realizar publicaciones. Pero las acciones en pos del cumplimiento de un programa nacional, se encuentran aún muy desarticuladas. En la actualidad esta ley se encuentra en vías de reglamentación.

Para tener una mejor distribución de las acciones se realizó un mapeo de la República Argentina en cinco regiones. Las provincias de La Rioja, San Juan, San Luis y Mendoza conforman la Quinta Región. En esta instancia se hace necesario circunscribir el presente trabajo específicamente a la Provincia de Mendoza describiendo a continuación, en forma breve, su sistema de salud, las políticas públicas y los procesos de gestión para la rehabilitación temprana de la hipoacusia en el marco de los lineamientos jurídicos.

2.11. Sistema de salud en Mendoza

El sistema de salud mendocino, presenta las mismas características que el sistema nacional pudiendo ser definido como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de participantes y con una marcada separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. La cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el Sector Público (Nacional, Provincial y Municipal), el sector de Obras Sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones, tanto a nivel de la provisión de servicios como en términos de financiamiento.

Esta provincia refleja, al igual que sucede a nivel nacional, un alto grado de fragmentación y complejidad del sistema de salud, con una pobre articulación interna, y una debilidad importante de los organismos provinciales para la regulación del sector, lo cual dificulta enormemente el logro de los objetivos sanitarios

2.11.1. Discapacidad auditiva: legislación

En el año 2005, se crea el Consenso Argentino de Intervención Temprana (COADITHI) integrado por un grupo de Asociaciones y Entidades, cuyos objetivos son: promover Programas de Intervención Temprana de la Hipoacusia Infantil, en todo el territorio nacional; sugerir Guías de trabajo en las áreas de Detección Temprana, Diagnóstico y Terapéutica Temprana Auditiva, promoviendo su uso en todos los centros asistenciales del país, sean públicos o privados, para la atención audiológica neonatal y pediátrica, acorde a los avances de la tecnología y a los fundamentos científicos, apoyar y asesorar a todos los que así lo requieran, en la puesta en marcha de Programas de Detección Temprana; promover la creación de una Base General de datos a fin de confeccionar una estadística nacional, la que se sumará a las otras “preexistentes” y mantener y propiciar vínculos permanentes con entidades nacionales e internacionales, dedicadas a la temática.

En la provincia de Mendoza, desde el año 1988, en el Servicio de ORL del Hospital Lagomaggiore de la provincia funciona el CADETHI (Centro Audiológico de Detección Temprana de Hipoacusias).

En un comienzo, solamente se realizaba “*screening* selectivo”, evaluando sistemáticamente a los niños del Servicio de Neonatología del Hospital, hasta que en 1992 es aprobado por Resolución 788 como “Plan Provincial para la detección temprana de hipoacusias en recién nacidos” y se comienza con “*screening* universal” evaluando a todos los recién nacidos que nacen en este hospital. Cabe mencionar que este hospital tiene una de las maternidades más grandes del país, con un promedio de más de 8000 partos anuales.

Posterior al diagnóstico del médico otólogo, a aquellos niños que presentan una disminución auditiva, se les realiza selección de audífonos, considerando la prótesis que otorgue mejor rendimiento de acuerdo a la pérdida de audición del niño. Por último se derivan a distintas entidades terapéuticas del medio para rehabilitación auditiva y lingüística (Alsasua R, et al., 2006).

A nivel provincial, cabe aclarar que Mendoza no ha dictaminado aún su propia ley de hipoacusia pero fue pionera en dar a luz a una ley de protección integral para la infancia. En 1995, se establece la Ley Provincial N° 6354 cuyo objeto es la protección integral del niño y el adolescente, como sujeto principal de los derechos establecidos en la misma y el ordenamiento legal vigente. A tal efecto, el estado debe garantizar políticas de contención en el núcleo familiar a través de la implementación de planes de prevención, promoción, asistencia e inserción arbitrando los medios para asegurar la protección y cuidado de los mismos, a través de las instituciones en las áreas de salud, educación, justicia, seguridad y otras, para el logro de su bienestar integral.

A principios de diciembre de 2010, se presentó el Programa de Detección y Seguimiento de Sordera Neonatal en Mendoza de esta manera el Ministerio de Salud de la Provincia se sumará al Programa Nacional de Hipoacusia para la detección temprana de esta afección y su consiguiente tratamiento. Uno de los objetivos de este programa es establecer una red de prestadores, que permita que los casos de hipoacusia puedan ser detectados lo más cerca y rápido posible de donde se producen los nacimientos. Es intención del proyecto examinar al 100% de los recién nacidos, para que aquellos que necesiten un diagnóstico más avanzado sean derivados a los hospitales Notti y Schestakow en San Rafael. A partir de allí, se pone a disposición de cada caso todos los medios necesarios como puede ser la aplicación de un audífono o el implante coclear.

Otro de los propósitos de la detección precoz de la sordera es activar inmediatamente el otorgamiento del certificado de discapacidad, a través del Ministerio de Desarrollo Humano y el PROFE, para acceder al sistema de pensión no contributiva. “También es propósito del programa, y ya en una segunda etapa, establecer contacto con las organizaciones no gubernamentales para que se sumen a la difusión y promoción del proyecto, destacando los esfuerzos de la Nación y la Provincia procurando que ningún recién nacido quede al margen” (Prensa Salud, Gob. de Mendoza, 2010).

En los centros de salud cabecera, de Mendoza, se desarrolla el Programa de Detección precoz para discapacidades en general (mental, visual, auditiva, motriz). Incluso no poseen equipo para la detección por otoemisiones acústicas. Simplemente el profesional detecta algún síntoma entonces el niño es derivado al Hospital Notti. Pero este programa es limitado ya que no abarca a toda la

provincia sino a las zonas: Norte, Este y Valle de Uco. Es evidente que la zona Sur queda marginada.

Con respecto a los servicios de Maternidad de los hospitales *Perrupato* de San Martín, *Paroisiens* de Maipú se realiza el *screening* auditivo para la detección de hipoacusia. Al respecto, en una entrevista realizada a las profesionales responsables del Programa de Detección Precoz del Centro de Salud de Luján de Cuyo de la provincia de Mendoza, expresaron:

Queda en evidencia que la detección no se está realizando en forma oportuna por lo que la rehabilitación tampoco lo es. Existen lugares donde se realiza a tiempo como es el caso del hospital Lagomaggiore, *Paroisiens*, *Perrupato*, pero en los centros de salud son derivados a otras instituciones para su diagnóstico y la estimulación porque estos lugares no cuentan con aparatos de detección de las otoemisiones acústicas. Desde estas instancias, pasa un largo tiempo hasta que llega la rehabilitación en el caso que el niño requiera la colocación de audífonos. Está demostrado por varias investigaciones que los mismos deben ser colocados antes de los seis meses y no más del año si tiene la posibilidad de un implante coclear. En cambio, en el hospital Notti solo se realiza la rehabilitación de niños derivados desde distintos puntos de la provincia (Bunader y Mattolini, diciembre 2010).

En este trabajo es importante hacer referencia a la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza, por tratarse de un ente provincial descentralizado y autárquico dentro del ámbito del Ministerio de Salud y Desarrollo que cumple con el derecho que le asiste a sus afiliados, a través de diferentes programas que se han implementado, para dar cobertura a las acciones de promoción y prevención de la salud. Adhiriendo de esta manera a las disposiciones del Programa Médico Obligatorio.

Es en este marco, en donde se lleva a cabo el “programa preventivo para la detección de hipoacusias en recién nacidos de término y de alto riesgo integrado al programa materno infantil de la obra social de empleados públicos de Mendoza”; el objetivo es detectar en forma temprana las hipoacusias infantiles en recién nacidos mediante la captación de Otoemisiones Acústicas a los lactantes afiliados a OSEP (*screening* universal durante la internación) y el seguimiento ambulatorio para el control audiológico y diagnóstico de los mismos.

El seguimiento incluye el proceso de estimulación temprana para controlar periódicamente el desarrollo y la maduración de las conductas de los lactantes: motora, comunicación, lenguaje,

conocimiento, social y autoasistencia e intervenir específicamente en alguna de ellas. Cumpliendo de esta manera, con la prevención, estimulación y tratamiento de las alteraciones del desarrollo infantil de los lactantes afiliados a OSEP.

Las evaluaciones se realizan en la Maternidad del Sanatorio Fleming a todos los recién nacidos que nacen en la misma, dentro de las 48 horas de un parto normal o cesárea, mientras dura la internación, o en instituciones privadas y en cada una de las Delegaciones de la obra social que funcionan en el interior de la provincia. Es importante destacar que en esta obra social nacen aproximadamente 4.500 niños, repartidos entre la maternidad mencionada (efector propio de OSEP) y los efectores externos del Gran Mendoza y Delegaciones. Esta población de niños representa el 13 % del total niños nacidos vivos en la provincia.

2.12. Legislación de la lengua de señas

Este tipo de lenguaje, que permite la comunicación de personas sordas e hipoacúsicas, es un idioma que busca el reconocimiento oficial a nivel nacional a partir de un proyecto de ley que tiene sanción en Diputados y espera tratamiento en el Senado, pero caducará si no se trata en el transcurso de estos años. En la Argentina, son 400 mil las personas que se comunican por esa vía.

El 27 de septiembre de 2008, al conmemorarse el Día Internacional de las Personas Sordas, un grupo de ciudadanos con esa discapacidad exigió frente al Congreso la aprobación de la ley del lenguaje de señas. En estos momentos de democracia estos sujetos sólo tienen permiso para votar si son capaces de demostrar por escrito que conocen el idioma castellano.

La iniciativa sancionada en diciembre pasado en la Cámara de Diputados tiene tres artículos, en los que reconoce en todo el territorio de la Nación Argentina la lengua de señas, comunicación viso-gestual, como idioma hablado por la comunidad sorda e hipoacúsica con el objetivo de equiparar las oportunidades. Uno de los puntos de la ley señala el derecho que tiene cualquier persona con esa discapacidad para, por ejemplo, requerir atención médica en un hospital público, donde un intérprete especialmente preparado sería el encargado de contribuir a la buena comunicación entre médico y paciente.

La Mutualidad Argentina de Hipoacúsicos (2009), realizó una investigación para identificar los impedimentos que habitualmente padecen las personas sordas que viven en las grandes ciudades. En este estudio, diferencian tres tipos de obstáculos: de traslado, de socialización urbana y de acceso a la cultura y la educación. “En el caso del traslado, las bocinas, alarmas o cualquier señal pueden convertirse en un factor de riesgo, ya que no existe otro recurso que las reemplace. Respecto

de la socialización, los problemas encontrados dan cuenta del desconocimiento sobre las diversas formas de promover una comunicación eficaz con el hipoacúsico”. Finalmente, señala que el problema mayor se presenta para acceder a la cultura, representada por el acceso a cines y teatros y que “el sistema de aro magnético, que facilita la comprensión de un hipoacúsico, fue establecido como obligatorio en 2005, pero la mayoría de estos espacios no lo incluyeron”. El aro o bucle magnético es un cable capaz de transformar la señal sonora en ondas magnéticas. La señal procede de un micrófono que usará la persona que habla y se transmite directamente a la prótesis auditiva que está provista de una bobina inductiva (Sordonautas.com, 2009).

Este sistema acerca y mejora la señal auditiva y ofrece mejor calidad de sonido evitando las interferencias producidas por el ruido de fondo. El bucle ofrece dos aplicaciones: de uso individual en que el alumno con prótesis auditiva puede colocarse el bucle alrededor del cuello y adaptarlo al sistema de FM y de uso colectivo por el cual varios alumnos, con prótesis auditiva, pueden beneficiarse simultáneamente del bucle. En este caso, el cable se coloca alrededor del área que se quiere adaptar como por ejemplo el aula, el salón de actos y el usuario de audífono o implante dentro del perímetro adaptado, podrá moverse libremente y situarse en cualquier punto del mismo (Calvo et. al., 2007).

CAPÍTULO III: SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

3.1. Contexto socio-político, económico y demográfico

España, denominada también Reino de España, es un país soberano, forma parte de la Unión Europea y su forma de gobierno es la monarquía parlamentaria con un monarca hereditario que ejerce como jefe de Estado, el Rey de España. El poder legislativo se establece en las Cortes Generales, que son el órgano supremo de representación del pueblo, las cuales se componen de una cámara baja, el Congreso de los Diputados, y una cámara alta, el Senado. El poder ejecutivo lo forma un Consejo de Ministros presidido por el Presidente del Gobierno, que ejerce como Jefe de Gobierno. El monarca es quien lo propone tras las elecciones generales y quien lo mantiene en el cargo mientras conserve la confianza del Congreso de los Diputados.

Este país tiene una extensión de 504.645 km² y su territorio ocupa la mayor parte de la Península Ibérica, al que se añaden los archipiélagos de las Islas Baleares (en el mar Mediterráneo occidental) y de las Islas Canarias (en el océano atlántico nooriental) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla ubicadas en el norte del continente africano. El territorio peninsular limita con Francia y con el principado de Andorra al norte, con Portugal al oeste y con el territorio británico de Gibraltar al sur. Su capital es Madrid.

Según datos del padrón municipal de 2010, la población de España es de 46.951.532 habitantes. Su economía es la 9ª economía mundial en términos de PIB, por delante de Canadá y de Rusia, y según Eurostar, el PIB per cápita español se situó, en 2009, en el 103% de la media de la Unión Europea, por delante de Italia. Demográficamente, la densidad de población, de 91,13 hab/km², y su distribución a lo largo del territorio es muy irregular: las zonas más densamente pobladas se concentran en la costa, el valle del Guadalquivir y la zona del área metropolitana de Madrid, mientras que el resto del interior se encuentra muy débilmente ocupado. Es relevante el tema de la inmigración ya que es el noveno país con mayor porcentaje de inmigrantes dentro de la Unión Europea sobre todo iberoamericanos (INEbase, 2010).

España es un “Estado de Autonomías”. Su constitución establece una *organización territorial* de municipios, provincias y comunidades autónomas, estas últimas con competencias para gestionar sus propios intereses con un amplio nivel de autonomía: poderes legislativos, presupuestarios, administrativos y ejecutivos en las competencias exclusivas que el Estado les garantiza a través de

la Constitución y de cada Estatuto de autonomía. Cuenta con 17 comunidades autónomas (en el continente europeo) y dos ciudades autónomas (en el continente africano) y cada una de ellas con diferentes niveles de gobierno. Cada comunidad está formada por una o varias provincias. Las diferencias dentro de este sistema se deben, a que el proceso de traspaso de competencias del centro a la periferia fue pensado en un principio como un proceso asimétrico, que garantizase un mayor grado de autogobierno solo a aquellas comunidades que buscaban un tipo de relación más federalista con el resto de España como las *comunidades autónomas de régimen especial* (Andalucía, Cataluña, Navarra y País Vasco). Por otro lado, el resto de *comunidades autónomas de régimen común*, dispondrían de un menor autogobierno. Sin embargo, estaba previsto que a medida que fueran pasando los años, estas comunidades puedan adquirir, gradualmente, más competencias.

Actualmente, España está considerada como uno de los países europeos más descentralizados puesto que sus diferentes territorios administran, en forma local, sus sistemas sanitarios y educativos, así como algunos aspectos del presupuesto público; algunos de ellos, como el País Vasco y Navarra, además administran su financiación pública casi sin la supervisión del gobierno central español.

3.2. Servicio Nacional de Salud

La Constitución española de 1978 representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Junto con la *Ley General de Sanidad* del 25 de abril de 1986, instauran el *Sistema Nacional de Salud (S.N.S.)* vigente hasta la actualidad. Esta ley desarrolla el artículo 43 de la Constitución española, que establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. La cobertura del S.N.S es universal y su financiación es mixta, 78% pública y 22% particular. Asimismo, la Ley 14/1986 establece que todas las estructuras y los servicios públicos de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud y que, en cada Comunidad Autónoma, se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de cada Comunidad, los cuales podrán mantener la titularidad de los mismos pero con adscripción funcional a la administración central de cada Comunidad Autónoma (CC.AA.).

Las competencias de salud pública fueron las primeras en ser asumidas por las mencionadas comunidades, configurando un subsistema de salud pública completamente descentralizado, cuyas funciones se encomendaron a diferentes estructuras organizativas, unas específicas de salud pública y otras pertenecientes a diversas instituciones o servicios.

Se advierte que es un modelo en donde la coordinación funcional de las diferentes estructuras organizativas de salud pública es esencial. Para articular este papel de coordinación se creó en 1993 una Comisión específica de Salud Pública en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). En la actualidad, esta Comisión coordinada por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, se encarga de resolver la mayor parte de los asuntos que en términos prácticos aborda el CISNS.

El S.N.S. se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias. Esto debe permitir una asistencia en la salud igual para todos. Las principales características de este modelo son:

- Universalización de la atención. El sistema cubre el 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.
- Accesibilidad y desconcentración. Garantizar la equidad en el acceso a los servicios los cuales han sido planificados desde el concepto de la regionalización sanitaria, basada en instalar servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.
- Descentralización. En la actualidad, se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios. Para ello se han emprendido reformas en la organización con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta con servicios y profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a comprometer la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.
- Atención Primaria. La base de la atención sanitaria del S.N.S. es la atención primaria de salud. Este sistema, según la definición aceptada universalmente, es la “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

3.3. Estructura y alcance del sistema de salud en España

En el sistema sanitario español, se pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

El órgano fundamental de la *organización de la administración central* es el Ministerio de Sanidad y Consumo. Es el encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

La *organización autonómica* de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

Las *áreas de salud*, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados. Estas áreas se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos - población entre 200.000 o 250.000 habitantes-, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias. Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en *zonas básicas de salud*, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud.

Las características descritas del sistema de salud español permiten tener en cuenta otras variables definidas en los siguientes niveles:

- Primer nivel: *variables de seguridad o garantía del derecho a la atención sanitaria*. Entre los más importantes se consideran: cobertura (quién tiene derecho a la atención sanitaria), gasto sanitario total (cuánto se gasta), porcentaje de gasto sanitario público (quién financia), prestaciones sanitarias (tipo y calidad de servicios) y los resultados en salud y en satisfacción (efectos en los pacientes y en la población).
- Segundo nivel: *variables de capacidad y calidad del sistema*. Hace referencia al tipo y cantidad de profesionales sanitarios, sistema de formación, estatus, instituciones sanitarias (hospitales, centros de salud, farmacias, urgencias) tecnología y medicamentos disponibles, organización sanitaria, investigación, elección, ordenación del acceso.
- Tercer nivel: *variables del sistema de gestión*. Se alude a la eficiencia del sistema, grado de integración y de descentralización, forma de asignación de recursos a los territorios, vía de recaudación, titularidad de la cobertura, propiedad de los centros, fórmulas de gestión

de los centros, características de los gestores, formas de asignación de recursos a los centros, sistema de pago a profesionales.

Todas estas variables se relacionan entre sí, y además están condicionadas por otras de contexto, económicas, políticas y culturales.

Los servicios autonómicos concentran el grueso de los recursos y, prácticamente, en todas las CC.AA. existe una Dirección General de Salud Pública, aunque puede tener otra denominación. Sin embargo, numerosas actividades propias de la salud pública como disciplina se desarrollan desde otras estructuras, como otras Direcciones Generales del mismo Departamento de Sanidad o desde los servicios asistenciales autonómicos, o han sido absorbidas por otros órganos administrativos ajenos a la sanidad. Dentro de este complejo panorama son importantes los nuevos modelos organizativos que se están poniendo en marcha en algunas CC.AA. como Madrid y Cataluña, particularmente, a partir de la experiencia en Barcelona. En ellas, se están replanteando ciertas estructuras de salud pública para dotarlas de agilidad en la gestión y de una mayor eficacia en la capacidad de respuesta a los problemas de la salud pública

Las Comunidades Autónomas han puesto de relieve que, aunque existen coincidencias básicas en el abanico de actividades de salud pública, su forma organizativa y estructuras administrativas es muy variable. Destacan la necesidad de una mayor coordinación entre las comunidades, entre los diversos organismos dentro ellas y de la administración autonómica con las administraciones locales activas en cada territorio.

La consolidación de la Comisión de Salud Pública ha ayudado a abordar algunos de estos problemas, pero todavía queda mucho por hacer. Paralelamente a lo mencionado, desde la entrada en vigencia de la Ley General de Sanidad, los profundos cambios sociales que surgieron como consecuencia del fenómeno de la globalización han logrado modificar los patrones de salud y enfermedad, los riesgos para la salud pública y la forma en que este país debe afrontarlos. Entre las transformaciones producidas, se pueden citar la mayor movilidad de las personas lo cual permite la transmisión de enfermedades infecciosas como el paludismo o la sífilis que se consideraban desterradas en España. También, los estilos de vida en los países desarrollados derivan en patrones de trabajo y ocio cada vez más sedentarios y en una alimentación menos saludable que lleva a la aparición de una nueva epidemia como es la obesidad y otras enfermedades producto de la contaminación ambiental.

Una vez lograda la descentralización de los servicios sanitarios aparece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), dentro del marco legal para el

establecimiento *de acciones de coordinación y cooperación* de las Administraciones públicas sanitarias. Esto permite a los ciudadanos asegurarse el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el sistema nacional de salud. Para alcanzar este objetivo, fue necesario adaptar la organización del Ministerio de Sanidad y Consumo mediante tres acciones claves:

- La reorganización de este Ministerio en el organigrama y en una redefinición funcional de los puestos de trabajo.
- La redefinición del Consejo Interterritorial, el cual debe ser, dentro del sistema sanitario de salud el elemento vertebrador y el punto de encuentro entre las Comunidades y el Gobierno del Estado. A él le corresponde identificar los objetivos a largo plazo del sistema sanitarios, como son: afrontar los cambios en el entorno político y económico, fortalecer la cohesión social, promover la diversidad territorial, evitar las desigualdades sanitarias y mejorar los recursos humanos, su conocimiento y aptitud.
- La creación de órganos de apoyo al sistema de salud, como el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad o el Observatorio del SNS, además de otras unidades como la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y el Instituto de Salud Carlos III.

Uno de los aspectos más destacables de la Ley de Cohesión y Calidad en el ámbito de la salud pública es que contempla la elaboración por parte del Estado y de las CC.AA., a través del Consejo Interterritorial del SNS, de un Plan de Cooperación y Armonización de actuaciones. Este plan debe establecer las funciones básicas de salud pública: definir la cartera de servicios y ofrecer mecanismos de cooperación y coordinación en intervenciones que requieren un enfoque integral. Por ejemplo cuando se debe dar respuesta a situaciones especiales de riesgo o alarma para la salud pública cumpliendo con los acuerdos internacionales y programas de la Unión Europea.

Así, el órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al que se le confiere, en función de lo que se establece en la Ley de Cohesión y Calidad, de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes y poder llevar a cabo estas decisiones. De esta forma desde la actual Dirección General de Salud Pública del MSC y en el marco de la Comisión de Salud Pública, se pone en marcha un plan de trabajo que posibilite un funcionamiento coordinado, armonizado, preparado para responder ante situaciones de alarma que afecten la salud pública en España, y así promover el desarrollo de planes integrales y programas de prevención de las enfermedades y de

protección y promoción de la salud de los ciudadanos. Esta estrategia está concebida para lograr una mayor coherencia con el Programa Europeo de Acción Comunitaria en el ámbito de la salud pública 2003-2008, en un contexto de interdisciplinariedad en el abordaje de la disciplina y la intersectorialidad en su puesta en práctica.

En la actualidad, y en función del Real Decreto 1087/2003, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Dirección General de Salud Pública (DGSP) es el órgano que asume las funciones relativas a la información epidemiológica, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sanidad exterior, salud laboral, control sanitario del medioambiente y requisitos higiénico sanitarios de los productos de uso y consumo humano, así como la elaboración de la normativa en estas materias. Asimismo, le corresponde la determinación de criterios que permitan establecer la posición española ante la Unión Europea y en los foros internacionales en las materias de salud pública, sin perjuicio de las competencias de otros departamentos ministeriales.

Con la finalidad de mejorar la eficacia de su quehacer, la Comisión de Salud Pública, ha elaborado un documento donde se contemplan los siguientes aspectos:

- Elaboración de un marco conceptual de salud pública, en el que la definición de la misión y los objetivos de salud pública conduzcan al establecimiento de funciones esenciales. Estas últimas se llevan a cabo a través de la cartera de servicios, y son el conjunto de recursos organizados y actividades desarrolladas con una finalidad concreta, cuyo producto, constituye una prestación.
- Definición de la cartera de servicios de salud pública como el instrumento principal para afrontar retos de cohesión y calidad y asegurar la equidad, de forma que todos sus usuarios reciban las mismas prestaciones básicas, independientemente del territorio en que se encuentren en cada momento. Una primera aproximación a la cartera de servicios de salud pública del sistema sanitario, agrupa las líneas de trabajo en cuatro grandes bloques que se detallan a continuación:
 - Valoración del estado de salud de la población.
 - Vigilancia epidemiológica e intervención.
 - Prevención y promoción de la salud.
 - Protección de riesgos para la salud.
- Criterios y herramientas de armonización y coordinación en salud pública. Aunque la consolidación de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial ha supuesto un

gran avance, todavía existe la necesidad de una mayor coordinación entre las CC.AA., entre los diversos organismos que funcionan dentro de muchas de las mismas y de la administración autonómica con las administraciones locales activas en su territorio. En el marco de la citada Comisión el plan pretende profundizar la consolidación de criterios de armonización y herramientas de coordinación, como los sistemas de información y redes de recursos compartidos, sistemas de aseguramiento de la calidad, planes integrales de salud pública y foros de debate.

- Recursos humanos en salud pública: la profesionalización de la salud pública ha avanzado notablemente, tanto por el incremento del número de profesionales que desarrollan esta actividad a tiempo completo, como por la mejora de la formación de los mismos, ya sea dentro del programa de médicos internos residentes de Medicina preventiva y salud pública o a través de la oferta de las escuelas de salud pública presentes en el territorio español. El plan aborda algunos de los retos todavía pendientes, como la formación en los distintos campos de la salud pública o la unión entre la formación en esta área y en administración y gestión de servicios sanitarios.

- Sistema de alerta epidemiológica y respuesta rápida: los viajes internacionales, la movilidad de las personas, el procesamiento de los productos y la amplitud de las redes comerciales permiten una amplia difusión de los riesgos. El objetivo del Plan consiste en actualizar la red nacional de vigilancia epidemiológica para que pueda responder a la nueva realidad de enfermedades emergentes y reemergentes y adecuarse a la última lista de vigilancia europea. Para ello es necesario el consenso con las autoridades sanitarias regionales, en un país fuertemente descentralizado como España y desde la confluencia con la Unión Europea en lo que hace a la evaluación de los programas de control y prevención de las enfermedades transmisibles.

Para desarrollar las funciones mencionadas la Dirección General de Salud Pública cuenta con la siguiente estructura orgánica: la Subdirección General de Sanidad Exterior, la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología y la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Además, se atribuyen a la misma los siguientes órganos colegiados: la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del SIDA, la Comisión de Ayudas Sociales a los Afectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida y la Comisión Nacional de Hemoterapia.

Por último, la Subdirección General de Coordinación de Centros Nacionales de Investigación y Servicios aplicados a la Salud Pública actuará bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Pública.

El Ministerio de Sanidad y Consumo cuenta con otras estructuras que asumen funciones que, desde el punto de vista conceptual, son propias de salud pública. Cabe hacer mención a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, que fue creada desde el mayor consenso parlamentario para afrontar un tema esencial para la salud pública. También, el Centro Coordinador de Alertas y Emergencias de Salud Pública que aunque lógicamente fundamental en las tareas propias de esta disciplina, depende orgánicamente (en el momento actual) del Gabinete del Ministerio de Sanidad y Consumo. Por otro lado, dentro de la Agencia de Calidad se encuentran el Observatorio del SNS y el Instituto de Información Sanitaria. Complementariamente, como organismo de apoyo científico técnico, el Instituto de Salud Carlos III cuenta con la Subdirección General de Formación y Difusión de la Investigación, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Subdirección General de Coordinación de Centros Nacionales de Investigación y Servicios aplicados a la Salud Pública que, actúa bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Pública.

3.4. La reforma de la atención primaria o temprana

Desde el punto de vista de la calidad de la atención sanitaria española, la mayor transformación se produjo en la atención primaria o temprana. El Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud puso en marcha la creación de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y la construcción de una red de Centros de Salud en toda España. En 1997, había ya un 80% de población atendida a través de EAP (aunque Galicia y Cataluña no llegaban al 60%).

La calidad de la atención ofrecida posee una cartera de servicios que incluye “consulta a demanda y programada”, y una serie de programas de salud orientadas a la prevención y promoción y rehabilitación de la misma. Como actividades de intervención se propone, específicamente, el Plan de Salud de la población regional materno infantil por medio del incremento de la cobertura del Programa de Detección Precoz de enfermedades metabólicas, genéticas, discapacidades físicas y psíquicas

El EAP supone una mayor dedicación del médico, y un cambio radical en el trabajo de los profesionales de enfermería, que pasa a realizar una labor cualificada (cuando antes hacía de administrativo del médico, rellenando recetas y bajas). El trabajo en equipo, las sesiones clínicas

como herramienta de formación y la historia clínica como soporte del trabajo médico y de enfermería, permitieron dar un salto cualitativo de primera magnitud.

Entre los programas que se desarrollan en este primer nivel de atención, se encuentra el de la detección precoz de la hipoacusia, tema de interés del presente estudio. A continuación, se hace una descripción más detallada de la implicancia que tiene la atención temprana o precoz en el marco de las políticas de prevención de la salud en el sistema sanitario español (Martín Moreno, 2004, pp. 183-193).

3.5. Desarrollo normativo de la atención temprana en la comunidad

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 – 6 años, a la familia y al entorno y que tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades, que presentan los niños con trastornos en su desarrollo, o que tienen riesgo de padecerlas, ya sean transitorias o permanentes. El modelo a seguir debe contemplar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y educativos y todo aquello que, desde la vertiente preventiva y asistencial, pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar. De este modo, el niño tiene posibilidades de integrarse mejor en el medio familiar, escolar y social, así como lograr su autonomía personal.

La *European Agency for Development in Special Needs Education*, afirma que la Atención Temprana pretende apoyar y potenciar al niño, a la familia y a los servicios involucrados, ayudando a construir una sociedad inclusiva y cohesiva que sea consciente de los derechos de los niños y de sus familias.

Estas intervenciones deben ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar y tienen como finalidad última la intervención precoz ante cualquier tipo de deficiencia que pueda alterar el desarrollo global del mismo.

Entre los servicios hospitalarios que debe garantizar este sistema de primer nivel de atención, y que tienen incumbencia respecto al tema de estudio es el de pediatría, neuropediatría, rehabilitación, oftalmología, otorrinolaringología. Ellos pueden contribuir a la detección y diagnóstico precoz de alteraciones o deficiencias del desarrollo neurológico, motor o sensorial del niño.

En cuanto a la fundamentación legislativa y social, la Atención Temprana se fundamenta en los derechos generales de la infancia y sus familias promovidos, tanto por las organizaciones internacionales como por la legislación española. En el ámbito internacional cabe destacar:

Declaración de Ginebra de 1924 sobre los derechos del niño.

La Declaración universal de los derechos humanos de Naciones Unidas, 1948.

La Declaración de los derechos del Niño, Naciones Unidas, 1959.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de la infancia de 1989.

Declaración de los derechos de las personas con retraso mental, N.U. 1971.

Declaración de los derechos de las personas minusválidas, N.U. 1975.

En la Declaración de Alma-Ata de la ONU de 1978 sobre salud.

Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, N.U. 1982.

Normas reguladoras sobre igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad NU. 1993.

Recomendación R (81)3, del Comité de Ministros del Consejo sobre Atención del niño 1981.

Carta Europea de los derechos del niño 1992.

La Convención Europea sobre el ejercicio de los derechos de la infancia de 26 enero de 1996.

En España la legislación se basa en:

La Constitución Española de 1978.

Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), de 1982.

Ley orgánica reguladora del derecho a la educación, de 1985.

Ley General de Sanidad de 1986.

Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) 1990 y siguientes, LOCE 2002 y LOE 2006.

Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, de 1996.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 2003.

Es decir que en todo este ordenamiento jurídico se establece la necesidad de preservar el interés superior de los niños en su primera infancia, la consideración del niño como sujeto activo de derechos, entre ellos a la atención y a la protección, el derecho del niño a recibir la atención integral necesaria para el desarrollo de su personalidad y bienestar en el contexto familiar y social.

3.6. Programa de Detección Precoz y Rehabilitación de la Hipoacusia Neonatal

Según la Comisión de Detección Precoz de Hipoacusia, en este país nacen, por año, alrededor de 2000 niños con problemas auditivos de distintos grados, siendo la hipoacusia profunda del 1 por mil, y según el siguiente detalle:

- 80 % de sorderas están presentes al nacer.
- 90 % de los recién nacidos con hipoacusia sus padres son oyentes.
- 50 % de las hipoacusias neonatales tienen factores de riesgo.
- 40 % de recién nacidos con hipoacusias profundas son candidatos a un implante colear en los primeros años.
- 50 % - 60 % de las sorderas infantiles son de origen genético.

Existen, también, otros factores ambientales causantes de provocar pérdida auditiva y que pueden actuar durante el embarazo: infecciones congénitas como toxoplasma, rubeola, sífilis; daños producidos por ototóxicos; lesiones auditivas ocasionadas por accidentes obstétricos durante el parto que causen anoxia neonatal; bajo peso al nacer de los prematuros o bien lesiones del oído que se pueden producir una vez nacido el niño como las infecciones, traumatismos.

En 1999, el Pleno Congreso de los diputados pidió al gobierno a establecer, junto con las Comunidades Autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un Plan Nacional de Prevención de la sordera Infantil que incluye los siguientes aspectos:

- Incorporación en el Programa de Salud Materno Infantil, de actividades orientadas a la identificación, seguimiento y tratamiento de los factores de riesgo de hipoacusia neonatal durante el embarazo.
- Protocolos de las exploraciones neonatales y pediátricas dirigidas a evaluar el estado de la audición de los niños.
- Tratamiento y rehabilitación médico - funcional de los sujetos hipoacúsicos.
- Establecimiento de una coordinación entre las áreas sanitarias, educativas y sociales para facilitar una atención integral a los niños con discapacidad auditiva.

El objetivo general del plan de detección de la hipoacusia es reducir la morbilidad y los trastornos asociados a la hipoacusia neonatal a través de la implementación de un programa común a todos los hospitales. Los específicos son: realizar la detección precoz de la hipoacusia a todos los recién nacidos en hospitales de todas las comunidades autónomas; confirmar el diagnóstico e inicio del tratamiento antes de los 6 meses de vida; establecer cauces de coordinación adecuados entre los diferentes niveles de atención asistencial que participan en el programa y crear un sistema de intercambio de información entre los hospitales y la Consejería de Sanidad.

A instancias de la Declaración del Consejo de Europa sobre el *screening* de esta enfermedad, en el año 2000 se realizó una conferencia en Italia en la que se establecieron las bases para unificar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos detectados en los recién nacidos.

La estrategia más utilizada en los programas de *screening* auditivo es la de estudiar a la población con factores de riesgo, pero existe el inconveniente de que sólo se detecta el 40 % al 50 % de todos los casos de hipoacusia. Estos datos se consideran suficientes para justificar el *screening* universal, siguiendo las recomendaciones del *European Concensus Development conference on Neonatal Hearing Screening*, 1998; la *American Academy of Pediatrics*, 1999 y la CODEPH, 1999.

Actualmente, para la detección se dispone de técnicas sencillas y eficaces en la primera parte de un programa de prestación al servicio del niño con este tipo de patología, como es la de las otoemisiones acústicas (OEA) y los potenciales evocados del tronco cerebral (PEATC), luego incluirá el diagnóstico y tratamiento.

En este programa, el sistema de control de calidad es un componente esencial en el proceso de detección por lo cual debe incluir personal entrenado y capacitado, y el seguimiento de la ejecución del programa estará a cargo de una persona reconocida como responsable del mismo.

El desarrollo de los objetivos específicos del Plan de Detección Precoz de Hipoacusia en recién nacidos se realizará operativamente en tres fases reflejadas en el algoritmo de derivación:

1ª Fase de detección de hipoacusia

Cribado Neonatal en las primeras 24 horas de vida o 1º mes de vida.

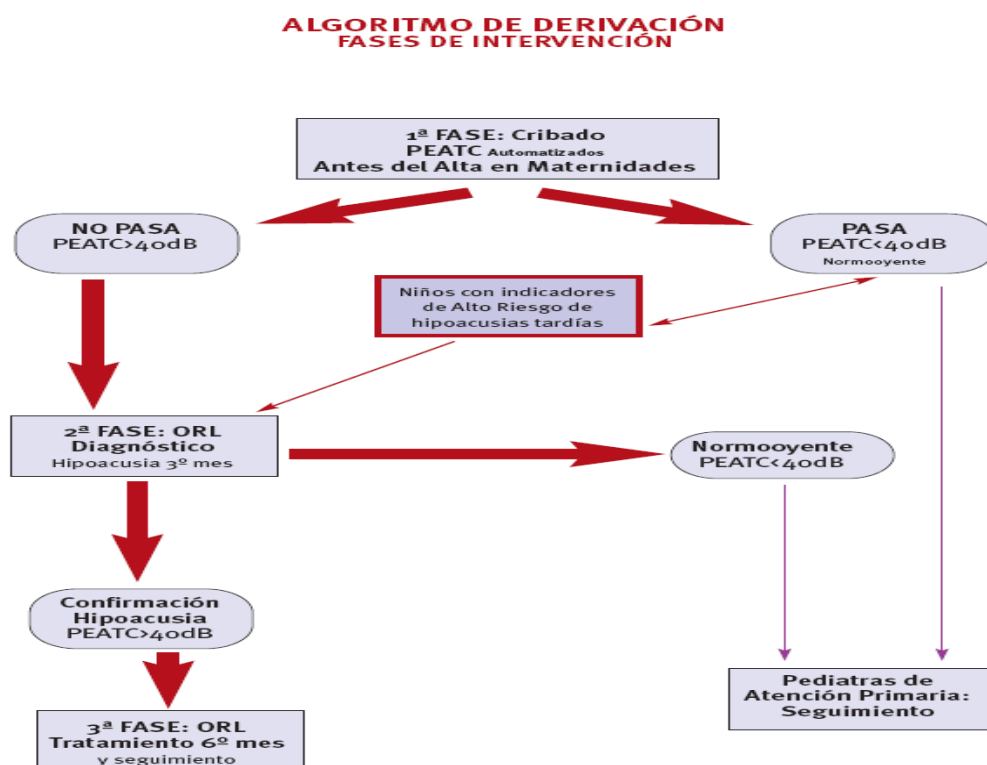
2ª Fase de diagnóstico de hipoacusia

Confirmación diagnóstica en el 3º mes de vida.

3ª Fase de tratamiento y seguimiento de hipoacusia

A partir del 6º mes de vida.

A continuación, se visualiza un gráfico del protocolo de detección precoz de hipoacusia neonatal y las fases de intervención, para el seguimiento de la patología.



Fuente: Pozo M., Tapia M.C. (2005).

3.7. Legislación española para la discapacidad auditiva

Con respecto al marco jurídico, en 1993, España resuelve adherir a las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La norma principal con rango de ley a considerar a la hora de analizar las circunstancias de la accesibilidad de las personas con discapacidad ante los medios de comunicación había sido la Ley 13/1982 para la integración social de los minusválidos, conocida como LISMI. La misma surge con la voluntad de combatir “la persistencia en la sociedad de desigualdades”, y adaptarse a “los cambios operados en la manera de entender el fenómeno de la discapacidad” y, consecuentemente, la aparición de nuevos enfoques y estrategias” para esta problemática.

En diciembre de 2003, se promulgó la Ley 51/2003 que trata sobre la Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Esta reglamentación parte de la base de que “las personas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de

garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país”.

Como se puede apreciar la Ley 51/2003 estipula dos estrategias de intervención: la de “lucha contra la discriminación” y la denominada “accesibilidad universal” Esta normativa es la que guarda mayor relación con el tema que nos ocupa. Se advierte que está muy ligada al modelo de “vida independiente”, a una visión del ciudadano con discapacidad como un individuo que “ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho del libre desarrollo de la personalidad”. Además, reivindica la accesibilidad universal como “la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas”.

Otra Ley muy importante es la 32/2003 General de Telecomunicaciones relacionada con la accesibilidad de las personas discapacitadas a los medios de comunicación. Esta norma se centra en el ámbito de las comunicaciones electrónicas y también recoge conceptos vinculados con la “accesibilidad universal”. Concretamente, el artículo tercero enuncia como uno de los objetivos principales del propio texto “la defensa de los intereses de los usuarios, asegurando su derecho al acceso a los servicios de comunicaciones electrónicas en adecuadas condiciones de elección, precio y calidad”. Este derecho se establece en relación con “la salvaguarda de los principios constitucionales de no discriminación, de respeto al honor, a la intimidad y a la protección de los datos personales, así como al secreto en las comunicaciones, y la protección a la juventud y a la infancia”. En esta línea, el artículo recoge de manera explícita la obligación de atender a colectivos con necesidades especiales, entre los que se cuentan las personas con discapacidad.

En el país ibérico, se encuentra en vigencia la ley 27/2007, del 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciegas.

Las personas sordas, con discapacidades auditivas y sordo-ciegas viven en una sociedad formada en su gran mayoría por personas oyentes por lo que, para su integración, deben superar las barreras existentes en la comunicación que son, en apariencia, invisibles a los ojos de las personas sin discapacidad auditiva. La presente ley intenta subsanar esta situación y propiciar su acceso a la información y a la comunicación, teniendo presente su heterogeneidad y las necesidades específicas de cada grupo.

Igualmente, en la ley rige el principio de libertad de elección en la forma de comunicación por parte de las personas sordas cualquiera que sea su discapacidad auditiva y sordo-ciegas, por lo que se reconoce y regula de manera diferenciada el conocimiento, aprendizaje y uso de la lengua de signos española, así como de los medios de apoyo a la comunicación oral.

Se reconoce la valoración que tiene, en la población y en los ámbitos políticos, el lenguaje como principal instrumento de comunicación. El conocimiento y uso de una lengua favorecen y posibilitan el acceso y la transmisión del conocimiento y de la información, además de ser el canal básico de vertebración de las relaciones individuales y sociales. De este modo, la lengua no es una simple manifestación de la libertad individual, sino que trasciende los ámbitos personales y se convierte en una herramienta ineludible para la vida en sociedad.

Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciegas no siempre pueden acceder a la información y a la comunicación con el entorno, bien porque no disponen de intérprete de lengua de signos, caso de las personas sordas y sordo-ciegas que sean usuarias de lengua de signos, bien porque no cuentan con los recursos de apoyo necesarios para hacer posible la comunicación a través de la lengua oral. Efectivamente, en la mayoría de las áreas en las que debe aplicarse esta ley no se dispone, en muchas ocasiones, de adaptaciones visuales y acústicas que permitan la mejora en la audición y recepción de la información auditiva en la comunicación oral o de servicio de intérpretes de lengua de signos.

La Ley 27/2007 tiene por objeto reconocer y regular la lengua de signos española como lengua de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciegas que libremente decidan utilizarla, sin perjuicio del reconocimiento de la lengua de signos catalana en su ámbito de uso lingüístico, así como la regulación de los medios de apoyo a la comunicación oral. Asimismo, la Ley reconoce la lengua de signos catalana, como lengua de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciega en Cataluña, que libremente decidan utilizarla, sin detrimento de la ulterior regulación legislativa y reglamentaria que pueda corresponder a la Generalitat de Cataluña.

Todas las alusiones que esta Ley hace a la lengua de signos española se entenderán hechas a las demás lenguas de signos españolas, para su ámbito territorial propio, sin perjuicio de lo que establezca la normativa propia de las respectivas comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias (CODEPEH, 2004).

3.8. Lengua de Señas Española: historia e influencia en América

La lengua de signos española (también llamada, aunque menos frecuentemente, lengua de señas española), LSE, es la lengua gestual que utilizan principalmente los sordos españoles y personas que viven o se relacionan con ellos y está reconocida legalmente desde el año 2007. Desde el punto de vista estrictamente lingüístico, la LSE se refiere a una variedad de lengua de señas empleada en una extensa área de la península ibérica, teniendo como centro cultural y lingüístico la ciudad de Madrid, con modalidades propias en algunas áreas radicadas en Asturias, Aragón, Murcia, áreas de Andalucía Occidental (Sevilla, por ejemplo) y alrededor de la provincia de Burgos.

En el ámbito legal, por la Ley 27/2007 se consideran “lenguas de signos españolas”, todas las variantes empleadas en España, incluso la lengua de signos catalana (LSC) la cual tiene su propia autonomía normativa en su ámbito territorial y está explícitamente reconocida como tal en el Estatuto de Autonomía de Cataluña.

Según Gascón Ricao, A y Storch de Gracia y Ascencio, J G. (2004), el primer tratado escrito de este lenguaje aplicado a la educación de los sordos se debe a Juan de Pablo Bonet, quien publicó su obra: “*Reduction de las letras y Arte para enseñar á ablar los Mudos*” en 1620 y fue considerado como el primer trabajo moderno de Fonética y Logopedia, en el que se proponía un método de enseñanza oral de los sordos a la vez que admitía el uso de señas manuales, en forma de alfabeto manual, para facilitar la enseñanza de las letras a los sordos y mudos (Calderón, 2010).

Existe una discutida opinión acerca de que el primer diccionario de la LSE es el *Diccionario Mímico y Dactilológico* publicado en 1851 por Francisco Fernandez de Villabrille, profesor del Colegio Nacional de Sordomudos de Madrid. La mayor parte de este diccionario es una traducción al castellano del *Dictionnaire mimique et dactilologique* de Alejandro Blanchet, profesor del Instituto Nacional de Sordomudos de París, publicado en 1850. Por este motivo, se deduce que el origen dialectológico y léxico de la LSE procede de la lengua de señas francesa y que posteriormente siguió su propia y natural evolución en los colegios y asociaciones de sordos. Los mencionados autores explican que, poca es la influencia que España ha tenido en la educación de los sordos de Latinoamérica, ya que ésta se inicia con posterioridad a la independencia de los países iberoamericanos. Más bien recibió influencias francesas, norteamericanas e italianas. Sí, existe una fuerte influencia española en la educación de sordos de algunos países de América, que abrieron sus primeras escuelas hacia mediados del Siglo XX, tal es el caso de Venezuela y Ecuador.

En tiempos más actuales, es relevante la fuerte influencia léxica que está recibiendo de la lengua de señas americana (ASL). Esta lengua gestual se empleaba fundamentalmente en las

relaciones privadas, familiares y sociales de los sordos, pero poco a poco se va utilizando también en ámbitos educativos donde se enseña a los padres de hijos sordos, y a profesionales que trabajan con éstas personas (logopedas, maestros, intérpretes, mediadores, trabajadores sociales. Incluso la televisión española emite programas donde se usa esta lengua y también en el cine.

CAPÍTULO IV: SISTEMA SANITARIO CANADIENSE

4.1. Contexto socio-económico, político y demográfico

Con una superficie de 10 millones de km², Canadá es el país más extenso del Hemisferio Occidental. Es una monarquía constitucional que tiene un Parlamento, compuesto por un Senado y la Cámara de Representantes, tiene un sistema de gobierno federal, con poderes repartidos entre el gobierno central de Ottawa y las 10 provincias donde tienen lugar las asambleas legislativas y 3 territorios. Entre 1991 y 1995, el porcentaje de la población que residía en zonas rurales disminuyó de 23% a un poco menos de 20%, y en 1995, más de 80% de la población era urbana. En la actualidad, 61% de la población vive en zonas metropolitanas; el resto reside en pequeños centros urbanos.

Los canadienses gozan de uno de los niveles de vida más altos del mundo. Lo corrobora el hecho de que, entre 1994 y 1997, Canadá haya figurado en el primer lugar en el índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas. En 1994, se determinó que la mayoría de los canadienses de 16 a 69 años de edad estaban lo suficientemente preparados en lectura, escritura y aritmética para satisfacer las necesidades cotidianas que plantea la subsistencia. Se considera que, en conjunto, el 99% de la población está alfabetizada. Además, el nivel de educación continúa aumentando. En los últimos seis años, el número de estudiantes de las comunidades de las Primeras Naciones que viven en reservas ha aumentado de menos de la mitad a 75%.

Desde 1992, la economía canadiense se ha expandido con un ritmo moderado. La mayor parte de la población del Canadá se concentra en dos provincias: Ontario (37%) y Quebec (25%). Otro 29% reside en Alberta, Saskatchewan, Manitoba y la Columbia Británica, en comparación con 9% que vive en Nueva Brunswick, Nueva Escocia, la isla Príncipe Eduardo y Terranova. La gran diferencia que existe en cuanto al tamaño de la población entre las distintas provincias se expresa en la razón de 81:1 que se registra entre la más grande: Ontario y la más pequeña: isla Príncipe Eduardo.

Como consecuencia de la inmigración, la composición étnica y cultural de la población canadiense se ha diversificado. En 1996, había 209.000 migrantes internacionales, algo menos que los 255.740 registrados en 1993. La mayoría de los inmigrantes provenían de Asia (136.982); los seguían los procedentes de Europa (40.735). Puesto que las etnias extranjeras tienden a establecerse

fundamentalmente en zonas urbanas, la influencia de la inmigración es mayor en los centros urbanos.

La población canadiense ha crecido considerablemente desde 1970 por dos razones principales: la población extranjera y los nuevos nacimientos. En 1995 nacieron en el Canadá más de 383.000 niños, lo que representa una tasa de natalidad de 12,9 por 1.000. La tasa bruta de natalidad de 1995 es la más baja que se registró desde 1972. La tasa de natalidad en las comunidades de las Primeras Naciones fue de 27,5 por 1.000 en 1993, aproximadamente el doble de la correspondiente a la población canadiense en general, cuya tasa bruta de natalidad fue de 13,4 por 1.000 ese año.

La Constitución de 1982 (que refleja y confirma principios establecidos en la Ley de Norteamérica Británica de 1867) asigna la responsabilidad de la mayor parte de la cobertura de salud a las provincias. El gobierno federal tiene responsabilidad directa por las poblaciones aborígenes, las fuerzas armadas, y los miembros del Parlamento, y es co-responsable de la financiación del sistema público (hospitales y servicios médicos). En otras palabras, el rol del gobierno central es aportar fondos para que las provincias cumplan con su obligación constitucional. Queda prohibido ofrecer contratos de cobertura privada por estos servicios (OPS, 2010).

4.2. El sistema de salud canadiense

El sistema de salud canadiense o seguro de salud es conocido con el nombre de “Medicare”. Se estructura en base a un mandato constitucional por el cual el estado debe garantizar una cobertura del 100% de los servicios médicos y hospitalarios. Los principios que rigen a este modelo de sistema son cinco los que deben ser seguidos por los planes de salud provincial y territorial para que éstos reciban transferencias de fondos federales y se trata de:

- Administración pública: implica que el plan de seguro de salud de una provincia debe ser administrado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.
- Integralidad: significa que todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan los hospitales y médicos están cubiertos.
- Universalidad: el sistema debe dar derecho al 100 por ciento de la población, a los servicios asegurados en los términos y condiciones establecidas.

- Accesibilidad: ésta debe garantizar, en forma razonable, los servicios médicos y hospitalarios sin que exista barreras. No debe haber discriminación de ninguna índole.
- Transferibilidad: significa que los habitantes de Canadá conservan su seguro cuando se mudan de una provincia a otra o cuando viajan al extranjero (Politi, 2001, pp. 926-929).

4.3. Políticas y planes nacionales de salud

El sistema de salud canadiense o seguro de salud está formado por 12 planes de salud interconectados cuya administración se encuentra a cargo de las provincias y territorios, que tienen autoridad constitucional para prestar atención de salud. Los dos elementos principales del sistema de Medicare son el programa de seguro hospitalario y el de atención médica.

La Ley sobre Seguro Hospitalario y Servicios de Diagnóstico, promulgada en 1957, llevó a todas las provincias y territorios a ofrecer a sus residentes una cobertura completa de asistencia hospitalaria en 1961. Luego, en 1968, se promulgó la Ley Federal sobre Atención Médica, y ya en 1972 todos los planes de atención de salud provincial y territorial aseguraban también los servicios de los médicos. La Ley sobre Salud del Canadá de 1984 consolidó la legislación previa sobre seguro hospitalario y médico, y aclaró las normas nacionales generales a que deben ceñirse los planes provinciales para que puedan recibir fondos federales.

Luego de la publicación del **informe Lalonde** (“Una nueva perspectiva de la salud de los Canadienses”) en 1974 y de la aprobación de la **Carta de Ottawa de 1986**, el Canadá ha comprendido más cabalmente los factores que influyen en la salud y ha adoptado medidas en diversos frentes. Las políticas oficiales prestan atención preferente a las opciones de modos de vida (régimen de alimentación, ejercicio y tabaquismo) y a las normas de orden público (por ejemplo, la legislación sobre cinturones de seguridad). Además, se ha tomado conciencia de la dimensión social de la salud, más allá de los factores sujetos al control inmediato de los individuos, los profesionales y las comunidades.

En octubre de 1994, el Gobierno federal creó el Foro Nacional de la Salud. Al mismo se le encomendó la tarea de asesorar al Gobierno federal sobre las distintas formas de mejorar el sistema de atención de salud y la salud de la población canadiense. En 1997, después de numerosas consultas públicas, el Foro publicó su informe final: “Gestión de la salud en el Canadá: construir el patrimonio”. También, hizo hincapié en que las estrategias para mejorar el estado de salud de la población tuvieran en cuenta una amplia variedad de factores determinantes de la misma: el

entorno social y económico, el medio ambiente físico, las prácticas personales de higiene, la idoneidad y la capacidad competitiva de los individuos y la disponibilidad de los servicios médicos.

En 1997, el Gobierno anunció diversas medidas tendientes a mejorar la salud de la población, entre ellas el establecimiento de un Fondo Transitorio para la Salud que durante tres años proporcionará Can\$ 150 millones para apoyar proyectos provinciales y territoriales y enfoques innovadores tendientes a modernizar el sistema de atención de salud. El Fondo considerará proyectos específicos tales como el seguro nacional para los servicios farmacéuticos y domiciliarios, la atención primaria de la salud, la medicina preventiva y la adopción de decisiones sobre la base de hechos concretos. Con el Sistema de Información sobre la Salud del Canadá se procura fortalecer la red de vigilancia médica canadiense y establecer una base de datos relativos a la salud de la población que incluye, además, datos sobre la salud de la población de las Primeras Naciones.

El Plan de Acción Comunitario para los Niños y el Programa de Nutrición Prenatal del Canadá se basan en asociaciones constructivas con provincias, territorios y diversas partes interesadas para proporcionar el apoyo comunitario que las familias en riesgo necesitan como ayuda para asegurar la salud de sus hijos.

El rol de la Fundación del Canadá para la Innovación ayudará a generar recursos para llevar a cabo investigaciones innovadoras y progresistas en diversos sectores, incluido el de la salud. Seis Redes de Centros de Excelencia orientados hacia las ciencias de la salud (esto es, la Red para Enfermedades Bacterianas del Canadá, la Red para Enfermedades Genéticas del Canadá, la Red de Articulación y Aplicación de Prácticas de Salud Basada en Evidencia, la Red para la Salud Respiratoria, la Red de Neurociencias y la Red de Ingeniería Proteica) recibirán una financiación anual de aproximadamente Can\$ 50 millones para apoyar el trabajo de los investigadores en este campo.

En agosto de 1995, el Gobierno federal anunció la adopción de una nueva política sobre el derecho inherente de las comunidades de las Primeras Naciones (aborígenes) e inuits (esquimales), es decir para autogobernarse. De conformidad con esta política, los gobiernos y las instituciones de estas comunidades adquirirán competencia o facultades para actuar en una serie de esferas, como por ejemplo la salud. Hasta ahora no se ha alcanzado consenso entre el Gobierno federal y las comunidades de las Primeras Naciones con respecto a los componentes esenciales de la política o del proceso de ejecución.

4.4. Organización institucional del sistema de salud

El sistema de atención de salud del Canadá depende mucho de los médicos de atención primaria (es decir, médicos de familia y generalistas), que representan aproximadamente 60% de los médicos en actividad en el país. Habitualmente son los puntos de contacto iniciales con el sistema de atención de salud oficial y controlan el acceso a casi todos los especialistas y a muchos prestadores paramédicos, el ingreso en los hospitales, las pruebas de diagnóstico y la prescripción de medicamentos.

Los médicos no son empleados del Estado; por el contrario, ejercen en su mayoría como profesionales particulares ya sea en forma independiente o en grupo, y gozan de un alto grado de autonomía. Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios, realizan prácticas en grupo en hospitales o están afiliados a servicios hospitalarios ambulatorios. En general, los médicos particulares reciben honorarios por los servicios que prestan y reclaman su cobro directamente al plan de seguro provincial.

En la mayor parte de los casos, cuando los canadienses necesitan atención médica acuden al médico o al dispensario de su elección y presentan la tarjeta de seguro médico expedida a todos los residentes de cada provincia siempre que reúnan los requisitos estipulados. Los pacientes canadienses no pagan en forma directa los servicios del hospital ni de los médicos a los que el seguro les da derecho a visitar; tampoco se les exige que llenen formularios para recibir los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, ni copagos, ni límites en dólares para la cobertura.

También participan en la atención primaria de la salud diversos profesionales paramédicos. Aunque las enfermeras están empleadas en los hospitales, también proporcionan apoyo a los servicios primarios; es típico que lo hagan juntamente con las prácticas privadas. Los farmacéuticos preparan los medicamentos y las recetas que prescriben los médicos, proporcionan información sobre los productos y asesoran en las compras de fármacos no prescriptos.

Los médicos especialistas brindan atención ambulatoria prácticamente sobre la misma base que los generalistas. Los especialistas controlan tanto las consultas a otros médicos y prestadores paramédicos como el ingreso a los hospitales; además, prescriben los exámenes diagnósticos, el tratamiento y los medicamentos necesarios.

Más de 95% de los hospitales canadienses son administrados por entidades sin fines de lucro que dirigen consejos de administración fiduciaria, instituciones de beneficencia o los municipios. Los hospitales controlan la asignación diaria de recursos, siempre y cuando se mantengan dentro de los presupuestos de operaciones establecidos por las autoridades de salud regional o provincial. Los

hospitales rinden cuentas principalmente a las comunidades a las que sirven y no a la burocracia provincial. Los hospitales explotados con fines de lucro representan menos de 5% del total de hospitales y sus principales servicios son la asistencia a largo plazo y la atención especializada, como la que ofrecen los centros para toxicómanos.

Además de los servicios hospitalarios y médicos asegurados, las provincias y territorios también brindan cobertura a ciertos grupos de población excluidos de los servicios médicos comprendidos en el sistema nacional de seguro de salud. Estas prestaciones complementarias consisten a menudo en prescripción de fármacos, atención odontológica y oftalmológica, servicios de profesionales paramédicos tales como podólogos y quiroprácticos y asistencia para llevar una vida independiente.

Aunque las provincias y territorios proporcionan efectivamente algunas prestaciones adicionales, los servicios médicos suplementarios se prestan en gran parte gracias a la financiación privada. El pago de los gastos de menor cuantía puede depender de los ingresos o de la capacidad de pago de cada persona. Los individuos y las familias pueden adquirir un seguro privado o aprovechar un plan de seguro colectivo para empleados a fin de cubrir una parte de los gastos derivados de los servicios médicos suplementarios. Con arreglo a casi todas las leyes provinciales, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la que proporcionan los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

Puesto que las autoridades federales, provinciales y territoriales comparten la responsabilidad de la atención sanitaria, se ha establecido una estructura que permite las consultas y la cooperación entre ellas. Esta estructura comprende la Conferencia de Ministros de Salud, la Conferencia de Viceministros de Salud, diversos comités de asesoramiento federales, provinciales y territoriales, y numerosos subcomités y grupos de trabajo establecidos para encargarse de temas que exijan un estudio más detallado. Un ejemplo es el “Informe sobre la salud de los canadienses” de 1996, que preparó la Comisión de Asesoramiento Federal, Provincial y Territorial sobre la Salud de la Población. El Informe sirvió de ayuda a los encargados de diseñar las políticas para medir los progresos alcanzados por el Canadá en su empeño por mejorar la salud de su población y determinar qué medidas debían adoptarse para seguir mejorándola.

En la mayor parte de las provincias y territorios, la administración y el pago de los servicios médicos están a cargo del Ministerio de Salud o de algún otro organismo estrechamente vinculado con él. Estos planes de seguro médico efectúan los pagos a los prestadores de los servicios en nombre de los residentes de las provincias. Estos planes deben funcionar respetando los principios

establecidos por la Ley sobre Salud del Canadá para que la provincia tenga derecho a recibir íntegramente la transferencia de los fondos federales para salud. El Ministro de Salud de cada provincia o territorio es el responsable político del funcionamiento del sistema de atención de salud en su esfera de competencia.

Las provincias y territorios están obligados a suministrar servicios hospitalarios y médicos a todos los residentes, incluida la población de las Primeras Naciones, mediante planes de seguro provinciales. El Gobierno federal proporciona servicios terapéuticos y de salud pública en las más remotas comunidades de las Primeras Naciones y servicios de salud pública en el resto de dichas comunidades por conducto de la División de Servicios Médicos del Departamento de Salud federal.

La División de Servicios Médicos también proporciona o paga las prestaciones médicas no cubiertas por el seguro a todos los miembros de las Primeras Naciones y a los inuits que viven dentro de las reservas y fuera de ellas. La División de Servicios Médicos gasta casi Can\$ 976 millones al año en la organización y prestación de servicios médicos para los miembros de estas comunidades. En la actualidad, el Gobierno federal trabaja en forma mancomunada con las comunidades de las Primeras Naciones a fin de promover la buena salud y ayudarlos a asumir el control de sus propios programas de salud.

Las autoridades de salud provinciales, regionales y municipales también administran otros servicios sanitarios tales como la provisión de agua potable y el tratamiento de las aguas residuales, conducen programas de salud pública, como por ejemplo la vigilancia de enfermedades transmisibles y la educación para la salud, hacen inspeccionar los establecimientos donde se sirven comidas, ofrecen alojamiento y servicios hospitalarios a madres y recién nacidos y proporcionan servicios de medicina escolar, tales como dispensarios para vacunación y consultorios de atención odontológica preventiva.

En el plano federal, el Departamento de Salud es el principal organismo que se ocupa de las cuestiones de salud. El Departamento asume una amplia función rectora en la promoción de relaciones esenciales para la nación: establece asociaciones activas con las provincias y territorios en la esfera de la salud, apoya iniciativas tendientes a corregir desigualdades en materia de salud, mejora la administración de los conocimientos, amplía la difusión de las investigaciones y pone en marcha programas de salud innovadores y eficaces para mejorar la salud de los canadienses.

El Ministro de Salud federal es políticamente responsable de velar por que las provincias respeten los criterios establecidos en la Ley sobre Salud del Canadá. Al respecto, el Departamento

de Salud reglamenta las transferencias de fondos a las provincias, los que se emplean para apoyar la financiación de los servicios médicos asegurados.

4.5. Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Departamento de Salud proporciona servicios de medicina del trabajo, saneamiento ambiental y atención de urgencia en las esferas de su competencia. También ejerce funciones reglamentarias para salvaguardar la calidad e inocuidad de los alimentos, los cosméticos, los plaguicidas y el agua potable, la calidad del aire, así como la seguridad y eficacia de los fármacos y dispositivos médicos. El Departamento se encarga de vigilar la incidencia de enfermedades, evaluar riesgos, prestar servicios de control de enfermedades, realizar la vigilancia epidemiológica y de laboratorio del y evaluar los peligros ambientales. La vigilancia de los hospitales se lleva a cabo en muchos niveles y es típico que las provincias controlen sus servicios fiscalizando presupuestos y gastos.

El Real Colegio de Médicos y Cirujanos evalúan periódicamente el funcionamiento de los hospitales para incluirlos en programas de residencia. Profesionales paramédicos, como por ejemplo los fisioterapeutas, evalúan cada uno de los programas y los departamentos de los hospitales en función de su posible candidatura para capacitar pasantes. El Consejo Canadiense de Acreditación de Centros de Salud supervisa la calidad de los hospitales canadienses. El proceso de acreditación requiere que estas instituciones se ajusten a ciertas normas mínimas para mantener su categoría. La imposibilidad de cumplir con estas normas puede entrañar cambios de clasificación, pérdida de la condición de establecimientos docentes o, en ciertos casos, reducción de la financiación que reciben.

En marzo de 1996, el Gobierno Federal desdobló las responsabilidades que le competían con respecto a la inspección de los alimentos y a las iniciativas tendientes a garantizar la inocuidad alimentaria, con la creación del Organismo Canadiense de Inspección de los Alimentos. Aunque las actividades tradicionales de inspección y fiscalización de la observancia de las normas vigentes que lleva a cabo la División de Protección de la Salud del Departamento homónimo han sido transferidas al Organismo de Inspección de los Alimentos, el Departamento de Salud retiene su competencia en materia de inocuidad de los alimentos y valor nutritivo de los comestibles en el Canadá.

Este país cuenta con una ley para la Evaluación del Medio Ambiente del Canadá, que se promulgó en 1995, en el ámbito federal, con el fin de valorar los riesgos potenciales para la salud

que poseen los contaminantes ambientales; además reglamenta el ingreso en el Canadá de nuevos materiales que pudieran dañar la salud o el medio ambiente incluidas las derivadas de la biotecnología.

En general, las provincias fiscalizan las compras de tecnología cara, como por ejemplo medios de diagnóstico, mediante el control de los gastos de inversión. La Oficina de Coordinación para la Evaluación de Tecnología en el ámbito federal, y diversos organismos de evaluación similares en las provincias, evalúan las tecnologías con el propósito de garantizar su calidad y eficacia.

4.6. Organización de los servicios de atención: promoción de la salud y atención primaria

En cumplimiento de una parte de su mandato nacional, el Departamento de Salud presta atención primordial a la promoción de la salud pública y con tal propósito ha puesto en marcha una serie de programas. La Iniciativa para el Desarrollo de los Niños (antes denominada Futuros más Brillantes) procura incrementar el bienestar de los infantes canadienses. Algunas de sus tareas son la lucha contra el abuso de solventes en las comunidades de las Primeras Naciones e inuits y la organización de un sistema de información sobre cáncer infantil. Ambientación del Aborigen es una iniciativa que propugna intervenciones tempranas que tengan en cuenta las necesidades de la población infantil aborigen que viven en centros urbanos y en las grandes comunidades del Norte.

Algunas de las intervenciones tempranas típicas son la participación de los padres, la educación preescolar, la educación nutricional y los servicios sociales para los niños y sus familias. El Programa de Nutrición del Canadá permite que los grupos comunitarios organicen y lleven a cabo acciones prenatales globales para las mujeres embarazadas que, por tener mala salud o estar mal nutridas, corren el riesgo de tener hijos con problemas de salud.

El programa de Desarrollo de la Capacidad de Liderazgo en los Estudiantes atiende especialmente al desarrollo de aptitudes de mando en la juventud de los colegios primarios y secundarios, fomentando su participación en la planificación y realización de actividades físicas intramuros.

El programa denominado Desafío de una Vida Activa en el Canadá es fundamentalmente escolar y promueve una mayor participación en actividades físicas y un proceso de aprendizaje de una vida activa basado en la experiencia. Se está preparando la “Guía de las actividades físicas sanas” del Canadá, que proporcionará recomendaciones normalizadas sobre las actividades físicas y complementará la “Guía alimentaria del Canadá”. También se pondrá en ejecución un suplemento

de la Guía poniendo de relieve consideraciones especiales para los canadienses de edad avanzada que quieran incorporar la actividad física a su vida cotidiana.

Las medidas federales que se adoptan en las esferas de la educación y la prevención, la investigación, la acción comunitaria, la atención, el tratamiento y apoyo, la coordinación y las iniciativas internacionales se encuadran en el marco del fomento de las asociaciones que se exponen a continuación.

4.6.1. Asociaciones y redes para ampliar los vínculos y la colaboración

Los gobiernos y otras partes interesadas están tomando medidas para hacer frente al desafío de cómo vincular e integrar los elementos del sistema de salud de Canadá a fin de maximizar la contribución a la salud y el bienestar de los canadienses. Esto incluye el fortalecimiento de los vínculos entre los muchos interesados y partes del sistema: por todas las jurisdicciones implicadas (a nivel nacional, provincial/territorial y local) para prestar programas y servicios de salud; y mejorar la integración del servicio y la promoción de la salud. Por ejemplo, los gobiernos ya están creando y probando innovaciones en la atención primaria de salud, incluyendo modelos multidisciplinarios con un mayor énfasis en la prevención y promoción.

Existen buenas relaciones de colaboración entre los gobiernos federales, provinciales y territoriales y fuertes asociaciones con las partes interesadas en la promoción de la salud para hacer fructífera esa integración de esfuerzos de mayor apoyo a fin de tratar los determinantes o los factores de riesgo comunes de la salud. El reciente acuerdo para desarrollar estrategias de vida sana a largo plazo es un avance positivo mediante la implementación de estrategias de integración para mejorar la salud en Canadá.

Por último, dado que muchos de los factores y determinantes de la salud están fuera del ámbito del sector sanitario, la colaboración intersectorial es de importancia fundamental. Aunque se ha logrado avanzar en lo que se refiere a la colaboración intersectorial para abordar áreas de cuestiones específicas, se necesita prestar mayor atención para establecer la coordinación intersectorial como un ingrediente esencial de la política pública en todos los niveles y para facilitar la acción en lo que se refiere a los determinantes más amplios de la salud (Public Health Agency of Canada, 2008).

4.7. Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los hospitales del Canadá, que en su mayoría son instituciones sin fines de lucro dirigidas por los municipios o por consejos de administración, funcionan con un alto grado de autonomía

respecto de los gobiernos federales y provinciales; la función de las provincias se limita a la planificación general de las funciones, la financiación y la presupuestación de las inversiones. En la actualidad, los únicos hospitales administrados directamente por las provincias suelen ser instituciones psiquiátricas; sin embargo, muchas de las provincias empiezan a desprenderse de ellas.

El Gobierno federal administra varios hospitales para militares, proporciona servicios a los miembros de las Primeras Naciones y a los inuits y hasta hace poco administraba algunos hospitales para ex combatientes. Es típico que los hospitales estén organizados para prestar asistencia general o casos agudos, atención comunitaria o secundaria y asistencia a largo plazo o a casos crónicos. Cualquier hospital puede ser clasificado como establecimiento docente si está asociado a una facultad de medicina. En las ciudades más grandes, algunos de ellos se han convertido en instituciones altamente especializadas, tanto en el tratamiento de la artritis como en ortopedia o salud materno infantil.

Como parte de la reestructuración del sistema sanitario, muchos servicios muy especializados se fusionan en un único centro urbano que presta servicios a toda una provincia o región. Es característico que los servicios de salud pública sean financiados y brinden atención separadamente de los principales componentes de la atención de salud y que, además, estén administrados por dependencias locales o regionales. Abarcan gran variedad de programas, desde los muy amplios de inmunización, tales como la provisión de una segunda dosis de vacuna antisarampionosa, hasta los de educación en salud para grupos de riesgo ya identificados. Ofrecen programas de asesoramiento en salud materno infantil y servicios de salud reproductiva y ocupan un lugar de vanguardia en la lucha por controlar la propagación del sida. Además, la mayor parte de los servicios de salud pública coordinan o proporcionan directamente servicios de atención personal y domiciliaria, como por ejemplo la atención de enfermería a domicilio. En este sentido, los servicios de salud pública son parte integrante de la atención comunitaria.

Los servicios de atención comunitaria están organizados en dos niveles: la atención que se brinda en instituciones y la que se ofrece en el hogar. La comprende tanto las instalaciones donde solo se prestan servicios de salud limitados como las destinadas a proporcionar atención intensiva a casos crónicos, ya que cada vez más son más los ancianos debilitados y constituyen la mayor parte de los pacientes de estas instituciones. Es típico que el gobierno provincial pague los servicios de atención prolongada, mientras que los gastos de alojamiento (cama y comida) corren mayormente por cuenta de cada persona.

4.7.1. Recursos humanos

El empleo en servicios de salud representa una parte cada vez mayor del empleo total en el Canadá. Hoy en día la oferta de médicos en el Canadá es en general excesiva, sobre todo en las zonas urbanas. Al mismo tiempo, hay una escasez crónica de médicos en las zonas rurales y muy alejadas. En algunas jurisdicciones se ha comprobado asimismo que la razón entre médicos generalistas y especialistas es inaceptable. Los problemas planteados por la oferta de médicos indujeron a desarrollar un plan de acción nacional de recursos humanos médicos. Las autoridades provinciales han puesto en marcha planes para controlar el número de matriculados en facultades de medicina, de médicos en ejercicio de su profesión y de estudiantes de medicina y médicos extranjeros. Además, en muchas provincias se ejecutan programas para inducir a los médicos a trabajar en zonas o sectores sub-atendidos.

La distribución de las enfermeras depende casi por entero de la dispersión de los hospitales o dispensarios. Desde este punto de vista, hay una razonable distribución de enfermeras en casi todo el país, por más que muchas zonas remotas sigan estando desatendidas. Por otra parte, la oferta de enfermeras se ve atemperada por el achicamiento del sector a cargo de la atención de casos agudos.

En el Canadá, la mayoría de los profesionales que trabajan en la atención de salud debe tener cierto grado de capacitación universitaria. Es típico que los médicos sigan los cursos de capacitación más prolongados; los mismos se dictan para estudiantes universitarios y graduados y comprenden varios años de instrucción práctica. Las personas que se especializan deben pasar por largos períodos de capacitación académica. Enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, quiroprácticos y otros profesionales paramédicos deben tener títulos universitarios.

En casi todas las provincias se ofrece capacitación para asistentes en rehabilitación, que han de trabajar bajo la supervisión de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. Han aumentado tanto la utilización de trabajadores con varias especialidades en los servicios de salud como la tendencia general a reconocer a los prestadores de atención de salud alternativa.

4.8. Investigación y tecnología en salud

El Departamento de Salud ofrece posibilidades de coordinación y asesoramiento normativo al respecto y prestación de atención sanitaria sobre la base de las investigaciones. El Programa Nacional de Investigación en Salud y Promoción de la Salud financia investigaciones médicas aplicadas, de carácter estratégico y poblacional, en apoyo de la política del Departamento y con arreglo a las necesidades del programa.

Durante 1996, se han producido en el Canadá avances significativos en el campo de la investigación en salud. Se donaron Can\$ 65 millones para promover la investigación sobre los servicios de salud y se estableció la Fundación Canadiense de Investigación en Servicios de Salud para administrar los fondos donados y recolectar otros adicionales. La Fundación patrocina investigaciones en servicios de salud y apoya la difusión y comprensión de los resultados obtenidos.

El Consejo de Investigación Médica del Canadá ha contado con financiación privada y pública para hacer todo lo posible por facilitar la transmisión de tecnología. El Consejo contribuyó al establecimiento del Fondo Canadiense para Descubrimientos Médicos, que está formado por capital de riesgo con patrocinio gremial y que reúne Can\$ 200 millones para comercializar descubrimientos prometedores relacionados con las ciencias médicas. El Consejo también administra el componente de salud del Programa de Redes de Centros de Excelencia, que fomenta la transmisión de tecnología vinculando a los investigadores con la comunidad empresarial. El programa ha logrado atraer capital del sector privado, como por ejemplo el Fondo de Asociados con las Neurociencias, para apoyar el desarrollo de la investigación en el sector salud.

La Oficina Canadiense de Coordinación de la Evaluación de la Tecnología de la Salud fue creada en 1989 por los gobiernos federal, provinciales y territoriales para proporcionar información sobre las tecnologías de atención de salud, las emergentes y las ya establecidas, a los encargados de adoptar decisiones y también para facilitar el intercambio y la coordinación de informaciones sobre tecnologías de salud. En cuanto a los insumos para la salud tanto el sector público como el privado suministran equipo médico. Aunque una parte se puede conseguir por conducto de programas hospitalarios o comunitarios, casi todo el equipo es financiado por el sector privado mediante erogaciones directas en efectivo o un seguro privado. Las organizaciones de servicios subsidian a menudo los equipos de uso personal más caros, como por ejemplo las sillas de ruedas.

4.9. Gasto y financiamiento sectorial

En 1996, el Canadá gastó en atención de salud una suma estimada en Can\$ 75.224 millones, que representa 9,5% del producto interno bruto (PIB); su gasto en salud per cápita fue de Can\$ 2.510. El gasto público representó aproximadamente 70% del gasto nacional total en salud. Las transferencias federales representaron 22% de las erogaciones; el gasto del Gobierno federal en servicios de atención de salud a grupos especiales, como la población de las Primeras Naciones y los inuits, el personal de las fuerzas armadas y los ex combatientes, sumado al gasto en investigación sobre la salud y en promoción y protección de la salud, representó 4%; el gasto de las

provincias que generan los asegurados llegó a 44%, mientras que el realizado por el sector privado fue de 30%. Uno de los componentes que más contribuye a elevar el costo de la atención sanitaria es el envejecimiento de la población.

Es bien reconocida la ayuda técnica y financiera que en materia de salud presta el Canadá en el exterior, en conjunto con otros países, a través de instituciones tales como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Los encargados de reglamentar la salud en el Canadá se han abocado a la tarea de promover la armonización de los reglamentos, las normas y los requisitos que rigen para los alimentos, los productos farmacéuticos y los dispositivos médicos que circulan dentro de los bloques comerciales y entre los distintos países.

El organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) es la agencia federal encargada de administrar aproximadamente 80% de la asistencia oficial para el desarrollo. El CIDA otorga prioridad a las esferas programáticas siguientes: necesidades humanas básicas, la mujer en el desarrollo, los servicios de infraestructura, los derechos humanos, la democracia y la buena gestión pública, el desarrollo del sector privado y el medio ambiente (OPS, 2001).

4.10. Legislación canadiense para la discapacidad

Esta Nación cuenta con la Carta Canadiense de Derechos y Libertades o Ley Constitucional de 1982 que garantiza los derechos y libertades para todos sus habitantes, establecidos en ella “con sujeción únicamente a los límites razonables prescritos por la ley, como se puede justificar de manera demostrable en una sociedad libre y democrata”. Esta reglamentación hace referencia a uno de los derechos básicos de los ciudadanos de ese país y se trata de la igualdad de derechos. Toda persona es igual ante la ley y tiene derecho a igual protección legal y a beneficiarse en igual medida de la ley en particular sin discriminación de raza, origen étnico, color, religión, sexo, edad o discapacidad mental o física.

Es importante destacar la consideración y el compromiso que tiene este país hacia sus niños, ratificada por la Convención sobre los derechos del niño, garantías que también se traducen a nivel internacional, como son: la salud infantil, el bienestar social, la educación, el trabajo infantil, la explotación sexual, violencia familiar.

Este enfoque centrado en la infancia se basa en estrategias de prevención cuyos marcos de valores y principios están contenidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos

del Niño, y la Carta Canadiense de Derechos y Libertades de la parte I de la Ley constitucional de 1982 (EFC - Centro Europeo de Fundaciones-, 2007).

El *Programa Nacional de la Infancia* (NCA) es uno, provincial y territorial iniciativa federal con un enfoque central en el desarrollo de la primera infancia, basado en la firme creencia de que un comienzo saludable en los primeros años de la infancia es una base sólida para una vida mejor. Como primer paso en el desarrollo de la ANC, los gobiernos federal, territoriales y provinciales (con la excepción de Quebec) articulado una visión compartida para los niños, basado en cuatro objetivos: que los niños pueden ser física y emocionalmente; éxito en el aprendizaje; socialmente comprometido y responsable, y seguro.

La autoridad nacional de competencia también promueve medidas para mejorar la protección contra el maltrato, abandono, explotación y ambientes peligrosos que son fundamentales para garantizar la seguridad y la seguridad de los niños, con énfasis en la prevención (Department of Justice, Canada, 2006).

4.11. Integración de los discapacitados: un enfoque de escuela integral

Levin (1997) sostenía que “La integración total debe estar inserta profundamente en las bases mismas de la escuela, en sus misiones, en su sistema de pensamiento y en sus actividades cotidianas y no debe ser tan sólo un anexo que se agrega a la escuela tradicional”. Una de las pioneras en esta tarea de integración de los discapacitados fue *Marsha Forest* quien comenzó su carrera como consultora especial en 1968 en la *Montreal Oral School for the Deaf* (Escuela para Sordos de Montreal). El centro de esta visión integradora era la confianza que esta mujer en los niños y sus capacidades. Esta seguridad se manifestó en varias prácticas adoptadas de manera generalizada que se implementaron por primera vez en las escuelas de Ontario: Planificación Centrada en la Persona, Elaboración de Planes de Acción (MAPS), Círculos de Amigos y PATH (Planificación de un Mañana Alternativo con Esperanza) (Peter, 2003).

Estos programas educacionales constituyen herramientas poderosas para crear conexiones entre escuelas, padres y comunidades y para resolver problemas complejos en el ámbito individual, familiar y de sistemas que podrían interferir con la Educación Integrada (Stainbac y Stainback, 1996, pp. 67-86).

En 1989, Marsha y su esposo, Jack Pearpoint, crearon el *Centre for Integrated Education and Community* (Centro para la Integración de la Comunidad y la Educación) en Toronto, Canadá. Este centro continúa introduciendo y apoyando actividades innovadoras para avanzar en la integración

de la educación y las comunidades. Ya en 1968, la Educación Integrada se convirtió en política oficial en New Brunswick y se reforzó, en 1985, con la Ley de Enmienda de la Ley de Escuelas. Según esta, conocida como Ley 85, cada escuela de la provincia debe proporcionar Educación Integrada.

Los aspectos clave de las prácticas óptimas incluyen lo siguiente: la convicción de que todos los niños pueden aprender cuando se les otorgan las oportunidades de aprendizaje apropiadas y si se planifica el aprendizaje individualizado, se crean equipos de apoyo, se estimulan las capacidades y responsabilidades sociales entre los niños, se evalúa el rendimiento infantil, se planifica la transición de una etapa de la educación a la siguiente, se trabaja en colaboración con los padres y otros miembros de la comunidad, se aplican planes de formación del personal y si existe responsabilidad en la gestión (Peters, 2003, p. 8).

4.11.1. Alianza Internacional de Discapacidad (IDA)

Esta alianza, está integrada por diversas organizaciones: *Disabled People's International* (Organización de Personas con Discapacidad), *Inclusion International* (Integración Internacional), *Rehabilitation International* (Rehabilitación Internacional), *World Blind Union* (Unión Mundial de Ciegos), *World Federation of the Deaf* (Federación Mundial de Sordos), *World Federation of the Deaf-Blind* (Federación Mundial de Sordo-Ciegos), *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría).

Al momento de elaborar un convenio sobre los derechos de las personas con discapacidades, se debe tener en cuenta el objetivo principal de la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidades. Esto tiene que ver con la elaboración de normas y procedimientos de implementación en el marco de los valores de igualdad, libertad, independencia, dignidad, autodeterminación, solidaridad social, autonomía personal y no-discriminación, con la participación plena de las personas con discapacidades a través de sus organizaciones representantes y tener en cuenta condiciones relacionadas con el género, raza, color, edad, origen étnico y otros factores. Siempre desde el punto de vista y condiciones de las personas con discapacidades de los países en desarrollo y los países en transición.

En el amplio espectro de temas que se deben considerar para lograr el objetivo de una convención se incluyen los siguientes derechos de los discapacitados, entre otros:

- Vida
- Libertad de asociación en la vida pública y privada

- Voto secreto y participación plena en el proceso político
- Transporte
- Vivienda
- Empleo, Seguridad Social
- Atención de salud
- Educación
- Rehabilitación
- Tecnología de apoyo
- Acceso a servicios públicos y privados
- Acceso al entorno virtual (comunicaciones y tecnología de la información)

Los siguientes temas revisten una importancia especial:

- Libertad con respecto a la intervención forzosa en nombre de un tratamiento
- Libertad con respecto a la internación involuntaria en una institución por motivos de una discapacidad real o percibida
- Identificación de los individuos sordo-ciegos y garantía de que sus necesidades de servicio serán atendidas
- Derecho a comunicarse en cualquier forma adecuada para el individuo
- Derecho a utilizar lenguaje de señas y que éste se reconozca oficialmente

Para poder ayudar a los países en desarrollo en el cumplimiento de las normas requeridas dentro de un período aceptable, las disposiciones de implementación dentro del texto del convenio deben incluir mecanismos que proporcionen asistencia técnica y de otra índole. Además, cualquier convención debe incluir un sistema de seguimiento y control sólido que permita la audiencia de examen y el procesamiento de las demandas de parte de los individuos con discapacidades, los defensores de los discapacitados y los conjuntos de derechos de los estados en representación de grupos o clases de personas con discapacidades. Como las normas legales por sí solas no cambiarán la actitud de las personas en general hacia los discapacitados, las disposiciones con respecto a la educación y capacitación pública deben formar parte integral de cualquier convenio, de modo que exista una sensibilización hacia los mismos (Peters, 2003).

4.12. Historia de la cultura de los sordos

En Canadá, no hubo cultura formal de los sordos o comunidad de personas sordas antes de la creación de escuelas residenciales para los estudiantes con este tipo de patología. Las personas sordas estaban aisladas unas de otras y la mayoría no recibía educación. Sólo unos pocos pudieron asistir a escuelas en Europa y en los Estados Unidos antes de que las provincias de Canadá comenzaran a crear sus propias escuelas para este tipo de niños.

La primera escuela para los estudiantes sordos en Canadá abrió el 15 de junio de 1831 y se ubicó en Québec. Dos años más tarde, un antiguo alumno de esta escuela, Antoine Caron (1813-1847), se convirtió en la primera persona sorda dedicada a enseñar a los niños sordos en Canadá.

La Iglesia Católica estableció dos escuelas de habla francesa en Montreal, la Institución Católica *Sourds des-Muets* (para niños) en 1848, y el Instituto Católico de *Sourdes-Muettes* (para niñas) en 1851, años más tarde estos establecimientos cerraron. Thomas Widd (1839-1906), un sordo inglés, fundó la primera institución protestante para sordomudos en Montreal en 1870. En la actualidad esta escuela se conoce con el nombre de Centro para Niños Sordos Mackay.

La más antigua instalación educativa para niños sordos, fuera de la provincia de Québec fue la Escuela para Sordos en Halifax, fundada en 1856 por dos escoceses sordos - William Gray (1806-1881) y George Tait (1828-1904).

Los cambios recientes en la educación de estudiantes sordos en Canadá incluyen: programas de intervención: la integración (“*mainstreaming*”) de los estudiantes sordos en las escuelas locales en aulas con estudiantes oyentes, dispositivos tecnológicos tales como los bucles de inducción y los sistemas de FM para los estudiantes que utilizan audífonos, la introducción en el aula de diversos sistemas de signos artificiales que representan al idioma Inglés o Francés, y, más recientemente, un enfoque bilingüe y bicultural en la educación de estos alumnos, que incluye el lenguaje de señas americano (ASL) y el Inglés escrito. Este sistema se ha difundido en todas las provincias que integran este país.

4.12.1. Organizaciones Sordas

El deseo de socializar con personas que comparten un lenguaje común fue uno de los factores clave en el establecimiento de las comunidades sordas. Para mantenerse en contacto entre sí, los canadienses sordos formaron sociedades de debate, organizaciones religiosas, sociedades literarias, clubes deportivos y clubes sociales. Estas entidades fortalecieron los lazos entre las personas sordas y la cultura de los mismos.

Hoy en día, los miembros de la comunidad de sordos tienen intereses culturales y actividades deportivas que son exclusivamente propios (como la literatura, teatro, mimo, el folclore, los chistes y las organizaciones deportivas), compartiendo al mismo tiempo muchos de los intereses de la audiencia los canadienses normoyentes. La organización más antigua de la comunidad sorda, y aún en actividad en Canadá es la Asociación de Sordos de Ontario (fundada en 1886). Otros entes oficiales que están a cargo de miembros de la comunidad sorda son: la Asociación Canadiense de Personas Sordas, la Asociación Deportiva de Sordos (fundada como la Federación de Deportes de Canadá en Silencio 1959) y la Sociedad Canadiense de la Cultura de los Sordos (fundada en 1970).

4.13. Lenguas de Señas

Canadá no tiene su propia lengua de signos “canadiense”. Los inmigrantes sordos trajeron la lengua de signos propia de su país de origen, en el siglo XIX: los inmigrantes ingleses tenían incorporada la Lengua de Signos Británica (BSL); los de Francia usaban la *Langue Française des Signes* (LSF), y los estudiantes y profesores que habían asistido o trabajado en las escuelas para estudiantes sordos en los Estados Unidos, trajeron lo que ahora se conoce como lenguaje de señas americano (ASL). Hoy en día, la mayoría de los residentes de habla inglesa, culturalmente sordos en Canadá y a pesar de su nombre, utilizan el ASL desplazando a los dos primeros. Solamente Quebec, que es una zona donde se habla solamente el francés, las personas sordas prefieren su propia lengua, conocida como *Langue des Signes franco-canadiense* (LSQ). Con sus variaciones regionales, dialectos o acentos.

Este lenguaje también fue prohibido en muchas escuelas de Canadá, porque se creía que era perjudicial para el desarrollo del habla en los niños sordos. En la década de 1970 y principios de 1980, se produjo un cambio importante tanto en el pensamiento como en la investigación lingüística en cuanto a la estructura y las reglas de ASL. Sin embargo, cuando la comunicación manual reapareció en las escuelas, era por lo general en base a los códigos manuales del habla inglesa o francesa y no en el lenguaje utilizado por la colectividad sorda.

Pero a partir de 1990, esta comunidad se ha vuelto más firme para recibir una educación en su lengua de signos preferido (ASL o LSQ). En algunas escuelas, esta lucha ha tenido éxito, y algunas de ellas han adoptado la enseñanza bilingüe (ASL e inglés). Ontario es hasta ahora la única provincia que ha aprobado una ley que reconoce la ASL y LSQ como lenguas de instrucción para los estudiantes sordos. Con respecto al derecho que le asiste a los canadienses sordos, durante muchos años, han tenido que luchar activamente para obtener o mantener ciertos derechos humanos

y privilegios, tales como el derecho a conducir un automóvil, contar con intérpretes de lenguaje de señas presentes en situaciones médicas y legales, obtener la formación en sus carreras elegidas, mantener la integración en escuelas con estudiantes oyentes, poder utilizar la lengua de signos en el aula, tener programas con subtítulos en la televisión, considerarlos culturalmente como un grupo lingüístico y cultural de personas (Carbin y Smith, 1999).

4.14. Programa de estimulación del lenguaje oral centrado en la familia

Según Maggio M., se trata de un programa de intervención basado en la educación de los padres u otros cuidadores primarios, para dotarlos de conocimientos y las habilidades específicas necesarias para promover el desarrollo y las competencias de sus niños.

Es un proceso interactivo y dinámico como todas las relaciones humanas que incluye la provisión del soporte emocional, educacional y las oportunidades para que los padres participen en la prestación de los servicios y en la toma de decisiones “de acuerdo a sus necesidades”. De esta manera la participación de los progenitores es más frecuente, por unos períodos de tiempo más largo y bajo condiciones que pueden ser altamente motivantes para el aprendizaje del niño.

Existen varios programas de intervención basados en la familia para niños con problemas de lenguaje, emocionales, causadas por diferentes patologías como: ILI (*Interactive Language Intervention*), *Enhanced Milieu Teaching*, *Transactional Intervention Program*, *Language Interaction Intervention Program* y uno de los más difundidos para los niños con problemas de lenguaje es el Programa Hanen para Padres o *Hanen Program for parents* de Canadá.

A partir de trabajos sobre audióloga infantil, se buscó la forma de adaptar estos programas de terapia basada en la familia para aplicarla en los niños hipoacúsicos, tomando conocimiento de la filosofía de la terapia Auditivo Verbal. Este tipo de tratamiento es una estrategia de interacción, una “forma de vida” para ser practicada diariamente con el firme propósito de enseñar los principios auditivo-verbales a los padres de los niños pequeños sordos e hipoacúsicos.

El objetivo de la práctica es que los pequeños sordos e hipoacúsicos crezcan en ambientes típicos de aprendizaje y de vida cotidiana y que esto les permita ser independientes e integrarse a la sociedad con los terapeutas que educan y apoyan a los padres, cuidadores o familiares, para que tengan más oportunidades y maximizar el uso de la audición.

La mayoría de los padres de los niños hipoacúsicos son oyentes. Por tal motivo, en un programa auditivo verbal, no necesitan aprender la lengua de signos o palabra complementada, sino que son puestos nuevamente en su rol natural de padres. En las sesiones de Terapia Auditivo Verbal

(AV), se tratan típicamente objetivos de habla, lenguaje y auditivos, con la terapeuta trabajando en sociedad con los padres (y el niño por supuesto), para que puedan modelar estrategias de comunicación con su niño en de la convivencia diaria.

La filosofía AV sigue una serie lógica y crítica de principios que recalcan los requisitos necesarios para aumentar las probabilidades de que los pequeños hipoacúsicos puedan ser educados para usar, incluso, el mínimo de audición residual. Cada vez se tiene más posibilidades de mejora, lo que permite a estos niños aprender a escuchar, a procesar el lenguaje verbal y a producir oralmente, es decir, hablar.

Principios de la Terapia AuditivoVerbal

- Detección precoz de la hipoacusia (fundamental en un programa de intervención temprana) idealmente a través de programas de screening universal al momento de nacer.
- Enérgica intervención audiológica (para lograr el máximo de amplificación de la audición residual. Incluye selección, modificación y mantenimiento del equipamiento adecuado y el uso continuo de audífonos, Implante coclear y sistema de FM).
- Desarrollo del lenguaje oral a través de la audición para la comunicación (no se usan señas).
- Enfoque Centrado en la familia/padres. Guía, consejo y apoyo para que los padres sean el modelo primario para el aprendizaje del lenguaje oral a través de la audición.
- Enseñanza individualizada.
- Integración de la audición en el desarrollo global del niño (asegurarse de que el ambiente que rodea al niño le da el acceso al sonido y experiencias sonoras que el cerebro requiere para desarrollar las habilidades auditivas. El primer ambiente de aprendizaje es el hogar ya que son los sonidos de la vida diaria, los que se repetirán y asociarán a experiencias y no los instrumentos musicales).
- Monitoreo de la propia voz y de la de los demás para favorecer la claridad del habla.
- Uso de patrones de desarrollo de la audición, lenguaje, habla y aprendizaje para estimular la comunicación natural.
- Intervención diagnóstica (evaluación continua de las distintas áreas para modificar el programa cuando sea necesario) No se dan pronósticos sobre el desarrollo del habla y el uso del sentido de la audición para el aprendizaje del lenguaje en el momento del diagnóstico, sino que son el progreso a lo largo de la terapia y el trabajo en el hogar los indicadores del pronóstico del niño para desarrollar la comunicación oral.
- Provisión de servicios de apoyo para la integración educacional y social con niños oyentes.

La diferencia entre la Terapia Auditivo Verbal y los otros enfoques, es que en ésta los objetivos auditivos están integrados en todas las interacciones, mientras que en los demás son una habilidad aislada a desarrollar como el vocabulario, la articulación.

La Terapia AV puede asemejarse a otros programas debido a que comparte algunos principios como la identificación, la adaptación protética temprana y el desarrollo de la comunicación; sin embargo, la gran diferencia, es que son los padres la mayor influencia en la vida del niño durante el aprendizaje temprano del lenguaje y son también los maestros primarios, no en un sentido pedagógico, más efectivos del niño en cuanto a la autoconfianza y competencia.

La misma autora sostiene que tener un niño ya sea hipoacúsico o con problemas en el desarrollo, del lenguaje, aprendizaje o conducta es un proceso largo y difícil que sólo puede llegar a comprender, completamente, otro padre con el mismo problema. Considerando las individualidades es necesario aclarar que los progenitores son tan únicos como cada niño y no hay un modelo único para todos, ni en los de rehabilitación en general, ni en los específicos para hipoacúsicos. Debido a esto es que a algunos se les recomendará otro tipo de terapia que se adapte más convenientemente a sus necesidades y posibilidades (Maggio, 2009).

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS

El proceso de análisis estuvo delimitado por categorías que se corresponden con los objetivos particulares planteados:

- Describir las características etiológicas de la hipoacusia, sus diferentes grados y las consecuencias en el desarrollo integral del niño.
- Conocer particularidades de las políticas públicas implementados en Argentina, Canadá y España relacionadas con los programas de intervención temprana.
- Establecer similitudes y diferencias entre los mismos
- Referir los procesos de gestión para la rehabilitación temprana de la hipoacusia en las instituciones públicas y en el marco de los lineamientos jurídicos que rigen en el Estado.

5.1. Proceso de análisis

5.1.1. La Hipoacusia

El contenido desarrollado en el capítulo 1 permitió alcanzar el primero de los objetivos mencionados.

De la lectura del capítulo se desprende que la hipoacusia es una patología multicausal y, como tal, los daños producidos en el oído presentan distintos grados de alcance que en los niveles más altos tiene consecuencias irreversibles que repercuten negativamente en la socialización de las personas. Este complejo panorama habla por sí mismo de que esta patología es una dura carga para quien la padece y para su entorno familiar. Por ello, la persona afectada, directa e indirectamente, no puede afrontar en soledad ningún intento de cura, rehabilitación y acompañamiento de esta larga y, la mayoría de las veces, incurable patología. Los importantes avances científicos y tecnológicos ofrecen invalorable beneficios para mejorar, en este sentido, la calidad de vida de las personas. Este escenario es compartido por todos los sujetos en situación semejante, más allá de las diferencias sociales, pero que marca distancias desde la perspectiva económica. Es en este punto en donde los estados, deben intervenir para cumplir con los principios de equidad y salud, tema contemplado en la legislación de, al menos, los países en estudio en el presente trabajo.

Es aceptado, en todas las sociedades, que uno de los aspectos de la injusticia es que los pobres necesitan más atención de su salud que los menos pobres. Por lo tanto, cuando se busca mejorar la salud de la población se tiene también que tratar de mejorar la salud de los pobres más rápidamente.

En el Informe Mundial sobre Salud de 1999, se establece que para la OMS la primera prioridad debe ser reducir y luego eliminar la carga de la enfermedad de los pobres, considerada excesiva y debilitante.

5.1.2. Políticas de salud de Argentina, España y Canadá

A través del desarrollo temático realizado en los capítulos 2, 3 y 4, se alcanza el objetivo particular: *Conocer particularidades de las políticas públicas implementadas en Argentina, España y Canadá.*

De la lectura del contenido de estos capítulos, se interpreta que, inicialmente, la OMS, del cual son miembros los países en cuestión, propone políticas públicas, que son estrategias, cuyo objetivo es lograr “Salud Para Todos” (1984). Este concepto también se identificó como uno de los elementos claves de Promoción de la Salud delineados en la Carta de Ottawa (1986) cuyas acciones deben examinarse en función de sus impactos en la salud de la comunidad. Como tal, repercute directamente en el bienestar de la población, constituyendo así un mecanismo tendiente a resguardar la existencia de factores determinantes de la salud, incluidos el trabajo, la paz, la educación, la justicia social y la equidad. La Organización Mundial de la Salud utiliza el concepto de *política pública favorable para la salud* para recalcar la necesidad de que los gobiernos reconozcan y aborden los vínculos entre la salud y los entornos social, físico y económico.

A través de la lectura de estos capítulos, se evidencia que el Estado es el ente regulador del sistema de salud y, también, responsable de la salud de sus habitantes motivo por el cual es el encargado de implementar políticas que respondan a las necesidades de los mismos. De esta manera, el Estado, en lo que atañe a la atención de la salud, debe: producir los bienes públicos en salud, brindar prestaciones para situaciones catastróficas, dar cobertura de salud para los sectores que carecen de seguro, intervenir como regulador del mercado, y aun del sector privado, definir el monto y origen de los recursos y definir las prioridades en la asignación de recursos.

Se deduce también que el Estado es prestador y financiador, y es en este punto es donde debe demostrar eficiencia al momento de planificar su presupuesto por lo que el gasto en salud es un componente importante de las políticas de los distintos gobiernos. Entre ellos, cuánto gastar, qué tipos de servicios priorizar y cómo distribuir los recursos entre los estados o provincias.

Al momento de priorizar las políticas de salud, estos países ponen énfasis en lo que es prevención, promoción y rehabilitación de la misma a través de programas integrales de intervención temprana dando cumplimiento al primer de nivel de atención y al que todos los ciudadanos deben tener accesibilidad. También, son importantes las políticas de educación, vivienda, recreación, energía, medio ambiente que impactan, en mayor o menor grado, en los determinantes socioeconómicos de la salud.

Respecto al objetivo particular de: *establecer similitudes y diferencias entre los mismos* se puede decir que, en Argentina, las políticas de salud implementadas por el gobierno responden a los programas que considera prioritario, para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, su curación y rehabilitación, a partir de la detección y el diagnóstico para el tratamientos de las mismas. Entre estos, se destacan los programas materno-infantiles, de inmunizaciones, de provisión de medicamentos esenciales, de control de enfermedades transmisibles. Asimismo, contempla programas referidos a la salud mental, las adicciones, las enfermedades metabólicas, transmisibles, de riesgos (cardiovasculares, diabetes, hipertensión), de salud sexual y reproductiva, de prevención de discapacidades en los que se incluye la hipoacusia, entre otras. Las políticas normativas de estos programas se encuadran en legislaciones nacionales y provinciales. En cuanto al financiamiento de los mismos, procura mantener niveles adecuados que están por debajo de España y Canadá.

En esta línea, la provincia de Mendoza adhiere a estas políticas públicas nacionales de salud. En cuanto a la hipoacusia, cabe aclarar que no ha dictaminado aún su propia ley, pero fue pionera en dar a luz a una ley de protección integral para la infancia. En 1995, se estableció la Ley Provincial N° 6354 cuyo objeto es la protección integral del niño y el adolescente, como sujeto principal de los derechos establecidos en la misma y el ordenamiento legal vigente.

Para la rehabilitación los recién nacidos hipoacúsicos, existen programas de detección precoz de las diferentes discapacidades en los que están incluidos estos sujetos. Dado que no existe aparatología específica en todos los centros de salud para una detección temprana y específica, los niños son derivados a otras instituciones para el diagnóstico definitivo y, en caso necesario, al hospital Notti - ubicado en la zona del gran Mendoza- para la estimulación y rehabilitación. En este punto, se visibiliza la inequidad en salud ya que los niños de hogares con mayores recursos marcan distancias importantes en detrimento de aquellos que viven en zonas alejadas de la capital mendocina o en zonas rurales o marginales y, más aun, si no cuentan con recursos económicos suficientes.

Por su parte, España dedica una fuerte inversión de su presupuesto en políticas públicas para la atención primaria a partir de la creación de Equipos de Atención Primaria (EAP) y la conformación de una red de Centros de Salud en toda España, a través de los cuales ofrece una cartera de servicios en base a programas de salud orientadas a la prevención, promoción y rehabilitación. En esta intervención temprana, se destaca el Plan de Salud para la madre y el niño que ofrece cobertura para el Programa de Detección Precoz de las enfermedades: metabólicas, genéticas, discapacidades físicas y psíquicas. Entre los programas de este primer nivel de atención, se encuentra el de la detección precoz de la hipoacusia, la estimulación y su rehabilitación (Martín Moreno, 2004).

En relación con la salud en Canadá, es importante destacar el famoso informe Lalonde, por ser un hecho histórico para este país y para los demás países miembros de la OMS. El mismo sirvió para comprender mejor los factores que contribuyen a la buena salud. A través del mismo, se introdujo el concepto de promoción de la salud y motivó la implementación de políticas gubernamentales centradas en el estilo de vida: legislación sobre cinturones de seguridad, ejercicio, nutrición y abandono del consumo del tabaco. Desde entonces, Canadá cumple un papel preponderante en la interpretación global de la promoción de la salud a nivel internacional.

También, la Carta de Ottawa que se publicó en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986) puso el énfasis en la promoción de la salud, desde factores que las personas pueden controlar hasta los factores y condiciones de la sociedad.

En Canadá, se adoptó el enfoque centrado en la salud demográfica confirmando que existen muchos determinantes de la salud, entre ellos: entornos sociales, económicos y físicos, desarrollo del niño en la primera infancia, hábitos personales de salud, capacidad individual y habilidades de adaptación, biología humana y servicios sanitarios. Hace hincapié en los determinantes más amplios de la salud y las intervenciones relacionadas para tratar las causas fundamentales de la misma y los factores para abordar las desigualdades en la materia. Este país cuenta con doce planes de salud interconectados cuya administración se encuentra a cargo de las provincias y territorios, que tienen autoridad constitucional para prestar atención de salud. En los mismos, están incluidas las enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, adicciones y la salud de la madre y el niño.

Las autoridades canadienses asumen y ratifican el compromiso de invertir en el desarrollo del niño en la primera infancia (desde el nacimiento hasta los 6 años), para mejorar el bienestar de los todos los infantes en clara respuesta al Programa Nacional de la Infancia (NCA). Para ello, se articula una visión compartida e integrada de los discapacitados en lo que hace a la atención de la

salud y se garantiza la rehabilitación a través de la provisión de tecnología de apoyo y el acceso a los servicios públicos y privados de educación. Este enfoque integrador también se traslada a los programas educacionales que constituyen herramientas poderosas para crear conexiones entre las escuelas, los padres y las comunidades para resolver problemas complejos en el ámbito individual, familiar y de sistemas que podrían interferir con la Educación (Peters, 2003).

De lo expuesto, se puede observar que existen más similitudes que diferencias entre estos tres países, con relación a las políticas públicas destinadas a implementar programas de prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, la curación y rehabilitación de las enfermedades. Tal como lo establece la OMS para los estados miembros, todo estado debe participar en forma activa en las necesidades de la comunidad mediante políticas normativas, regulando y controlando para asegura la calidad tanto en el área pública como la de los proveedores privados.

5.1.3. Lineamientos jurídicos para la rehabilitación temprana de la hipoacusia

El cuarto objetivo específico propone: Referir los procesos de gestión para la rehabilitación temprana de la hipoacusia en las instituciones públicas y en el marco de los lineamientos jurídicos que rigen en el estado. En este aspecto, los procesos mencionados se enmarcan en el desarrollo normativo de la atención temprana vista como una estrategia de intervención dirigida a la población y cuyo objetivo es dar respuesta en forma oportuna a las necesidades de misma. Es un modelo de atención en que debe contemplar aspecto: biológicos sociales, educativos, psicológicos y sociales y todo lo que desde el punto de vista de la prevención y la asistencia pueda potenciar la capacidad de desarrollo y de bienestar de una comunidad.

Los países en estudio responden a este sistema de atención a través de una serie de programas preventivos y de tratamiento (interrelacionados), acorde con sus recursos naturales, físicos, biológicos, demografía y su epidemiología que se tienen en cuenta para la planificación en salud. Y uno de los programas en común es el dirigido a la mujer y al niño, lo que significa control desde la gestación hasta aproximadamente los seis años.

En el caso de la hipoacusia, la detección precoz es una acción fundamental para que los niños y niñas sordos diagnosticados tempranamente puedan acceder a un ambiente lingüístico natural, para que tempranamente puedan desarrollar el pensamiento, interactuar con sus padres, y entrar en contacto con la Comunidad Sorda y lograr su autonomía propia. Estas existen en todos los países. Asimismo, toda la jurisprudencia considera que la detección precoz es imprescindible para evitar

que la deficiencia se convierta en discapacidad: este es el riesgo de mirar solo al oído enfermo y descuidar al niño sordo.

La atención temprana o primaria se fundamenta jurídicamente en la Constitución de cada uno de estos países y en el marco internacional de la Declaración de los derechos humanos de las Naciones Unidas (1948), Declaración de los derechos de la infancia (1989), Declaración de Alma-Ata de la ONU (1978) sobre salud y Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad (1982), Carta Europea de los derechos de la infancia, entre otras. Este marco jurídico establece la necesidad de preservar al niño, en su primera infancia, considerándolo como un sujeto activo con el derecho a la atención y protección y recibir la atención integral necesaria para el desarrollo de su personalidad y bienestar en su familia y en la sociedad.

Concluyendo, a través del curso de este análisis, se alcanzó el objetivo general: Describir los marcos legales y los procesos de gestión implementados por los países, objeto de estudio, para garantizar la recuperación en los diferentes grados de discapacidad auditiva y partir de ellos evaluar lo que plantea la provincia de Mendoza.

Los sujetos con discapacidad auditiva están amparados jurídicamente por programas de prevención, detección, estimulación y rehabilitación, dentro de un marco legislativo.

En el caso de Argentina, según la Ley de discapacidad N°22431/81, se instituye un sistema de protección integral de las personas discapacitadas considerándose como tal, a aquella que padece una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental que, le dificulte su integración familiar, social, educacional y laboral. Además el Estado a través de sus organizaciones asistenciales y las obras sociales prestarán servicios básicos de habilitación y rehabilitación integral en forma gratuita; y contempla la entrega del Certificado de Discapacidad para diversos beneficios.

En 1997, la Ley N° 24901 garantiza las prestaciones descriptas en la ley anterior además la medicación, internación, estimulación, cuidador externo, traslados, según la necesidad de cada paciente, de forma gratuita, en Obras Sociales, Servicios de Medicina Pre-pagas y Red Pública.

A raíz de la crisis del año 2000, se crea el Programa Médico Obligatorio, de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud privilegia las acciones, según el catálogo de prestaciones básicas, de prevención y asistencia, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

Teniendo como antecedentes estas tres legislaciones se declara la ley N° 25415, que confirma las disposiciones anteriores, conforme al avance de la ciencia y la tecnología para *la detección*

temprana de la hipoacusia, a todos los recién nacidos antes del tercer mes de vida; provisión de audífonos y prótesis auditivas y rehabilitación fonoaudiológica. Se observa que ya se trata específicamente de la discapacidad auditiva. Este hecho se materializa con la creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de Salud. Esta Ley establece que todos los niños nacidos tienen derecho a que se les estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le asista con el tratamiento ya sea médico, quirúrgico o con audífonos en forma oportuna para la adquisición del lenguaje. Años más tarde también se va a garantizar el implante coclear.

En el marco legal y de gestión de esta problemática se toma en consideración el lenguaje de las señas (LSA en Argentina) como una herramienta para la comunicación de estos discapacitados y que en cierta forma es el primer lenguaje que incorpora para alternar con el mundo que lo rodea. Más tarde, mediante la estimulación fonoaudiológica adquirirá el lenguaje oral. Por tal motivo se puede considerar este lenguaje como necesario para la rehabilitación.

Este idioma busca el reconocimiento oficial a nivel nacional a partir de un proyecto de ley que tiene sanción en Diputados y espera tratamiento en el Senado, en la Argentina, son 400 mil las personas que se comunican por esa vía. Contiene tres artículos, en los que reconoce en todo el territorio de la Nación Argentina la lengua de señas, como idioma hablado por la comunidad sorda e hipoacúsica con el fin de equiparar las oportunidades. Uno de los puntos de la ley señala el derecho que tienen las persona con discapacidad auditiva, por ejemplo, para solicitar atención médica en un hospital público, donde un intérprete sería el encargado de contribuir a una buena comunicación entre médico y paciente.

Del mismo modo, en España 1999, el Pleno Congreso de los diputados pidió al gobierno establecer, junto con las Comunidades Autónomas, un Plan Nacional de Prevención de la sordera Infantil que incluye la incorporación en el Programa de Salud Materno Infantil, actividades orientadas a la identificación, seguimiento y tratamiento de los factores de riesgo de hipoacusia neonatal durante el embarazo, la implementación un protocolo para la detección y tratamiento y la rehabilitación médico - funcional de los sujetos hipoacúsicos antes de los 6 meses.

En el año 1993, España resuelve adherir a las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Anteriormente en 1982, la norma principal con rango de ley que permite darle un nuevo enfoque al fenómeno de la discapacidad e implementar nuevas estrategias para este problema, es la Ley 13/1982 para la integración social de los minusválidos, conocida como LISMI.

En Diciembre de 2003 se promulgó la Ley 51/2003 que trata sobre la Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Esta reglamentación garantiza vivir con plenitud de derechos y participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país. Es decir lucha contra la discriminación y reivindica la accesibilidad universal: entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos e instrumentos, que deben ser adaptables a todas las personas.

Otra ley muy importante es la 32/2003 General de Telecomunicaciones y Subtitulado que está relacionada con la accesibilidad de las personas discapacitadas a los medios de comunicación.

No menos importante resulta la Ley N° 27/2007, del 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciegas. Esta ley propicia el acceso de estos sujetos a la información y a la comunicación, teniendo presente su heterogeneidad y las necesidades específicas de cada grupo.

En la misma línea, la legislación canadiense a través de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades o Ley Constitucional de 1982 garantiza los derechos y libertades para todos sus habitantes.

Este país privilegia a sus niños, hecho ratificado por la Convención sobre los derechos del niño, garantías que también se trasladan a: la salud infantil, el bienestar social, la educación, el trabajo infantil.

Estos valores y principios tienen como marco que lo respalda la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, y la Carta Canadiense de Derechos y Libertades. El gobierno de esta nación ha implementado el *Programa Nacional de la Infancia* (NCA) enfocado en el desarrollo de la primera infancia, basado en un comienzo saludable en los primeros años de la misma como base para una vida mejor. Implementando políticas de seguridad social basadas en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud a través de la eficiencia en la atención de la misma, la educación integrada, la rehabilitación con tecnología de apoyo, acceso a los servicios públicos y privados, a la comunicación y tecnología de información, identificación de los individuos sordos para garantizar que sus necesidades de servicio serán atendidas, derecho a

utilizar lenguaje de señas y que éste se reconozca oficialmente y el Programa de estimulación del lenguaje oral centrado en la familia (terapia auditivo verbal) (EFC, 2007).

5.2. Análisis de tópicos emergentes

El análisis de temas emergentes se realizó a partir de los siguientes indicadores:

- Tipología de los modelos de atención a la salud.
- Principios de acceso de la población a los sistemas.
- Grado de control del estado sobre las funciones del sistema.
- La equidad y la calidad en la prestación de servicios de salud.

5.2.1. Tipología de los modelos de atención a la salud

Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud. Pueden adoptar diversas formas de organización.

Después de varios siglos de ser entidades en pequeña escala en su mayoría privadas o caritativas, empezaron a experimentar un crecimiento explosivo a medida que se adquirían y aplicaban. Estos sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud, pero su contribución podría ser aún mayor. Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha manifestado que los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales: mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

La forma en que los sistemas se encuentran estructurados, para dar respuesta a estos objetivos, depende de una amplia gama de factores que se hallan, algunas veces permanente y organizado y en otras, discontinuo y asincrónico. Entre estos determinantes, se encuentran la historia y la cultura de cada país, la forma en que ven y asumen aspectos como la solidaridad y la equidad social, la capacidad económica, el tamaño y distribución de la población, así como la relación entre las fuerzas políticas interesadas en respaldar en mayor o menor grado de organización y coherencia de las instituciones (De los Santos-Briones, Garrido -Solano y Chávez-Chan, 2004).

La tipología propuesta se concentra únicamente en el eje central de los sistemas de salud, es decir, la relación entre los principales actores: prestadores, población y estado. Con respecto a la primera dimensión, sobre la relación con los prestadores de los servicios, se debe señalar que hay que distinguir al control estatal de la simple regulación.

Argentina, España y Canadá son naciones muy diferentes. Tienen diferencias en su historia, en su régimen político, en la cultura. Dentro de sus diferencias, los sistemas de salud tienen puntos de similitud como se podrá observar en el desarrollo del presente capítulo. Además, tanto España como Canadá, en los últimos años se han destacado a nivel mundial por sus logros en los niveles de salud y en la protección financiera a la población ya que se trata de países desarrollados económicamente. En el caso de Argentina se debe considerar que se encuentra en vías de desarrollo y su sistema sanitario presenta aspectos de debate, pero en algún momento estuvo a la altura de las circunstancias.

Para este estudio de las modalidades de organización de los servicios de salud, se consideró la clasificación propuesta por Frenk J. (1993) que resulta de considerar dos dimensiones fundamentales: la primera el grado de control del estado sobre la producción de servicios de salud, que fundamentalmente refleja la relación del Estado con los prestadores y la segunda se refiere a los principios de acceso e indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales.

La regulación es solo uno de tres mecanismos que el estado tiene a su disposición para intervenir en la atención a la salud. El estado también puede comprometerse en el financiamiento de servicios producidos por contratistas privados. En este caso, el estado es un comprador en el mercado de los servicios de salud. En otras ocasiones, el estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, de modo que los prestadores individuales son empleados públicos. En este caso, se convierte en productor dentro del mercado de servicios.

La propiedad significa un grado más alto de control estatal que el mero financiamiento y este último incluye un mayor control que la sola regulación. De esta forma, cuando el estado participa directamente en la *prestación* de servicios, también lo hace en el *financiamiento* y en la *regulación*.

Si un estado financia los servicios, también participa en su regulación. Cuando se limita a regular el mercado, entonces el financiamiento y la prestación quedan ambos a cargo de agentes privados.

5.2.2. Principios de acceso de la población a los sistemas

Para tener una imagen completa de las modalidades es indispensable incorporar la segunda dimensión, que se refiere a los principios de acceso que definen la relación del estado con la población. Estos principios determinan la *equidad* en la utilización de los servicios y las *prioridades* en la distribución de los recursos para la salud.

Existen cuatro principios alternativos de acceso a los servicios de salud (Frenk, 1993, pp. 112-123):

- El primero es el poder de compra. Este principio determina el acceso al mercado privado de servicios; “su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al que se accede por medio del ingreso monetario. Por tanto, este principio postula que los servicios de salud pueden comprarse y venderse en el mercado privado; el único mecanismo para regular el acceso es el precio”.

- El segundo principio de acceso es el de pobreza. Según este principio, la atención a la salud se destina a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. Lejos de establecer una obligación pública, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad y, de esta manera, proteger también a los demás.

- El tercero es el principio de prioridad, que consiste en beneficiar únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el estado como prioritarios, ya sea por que tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica, como los trabajadores industriales o los miembros del ejército. Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al propio estado.

- El cuarto es el principio de ciudadanía, según el cual, el acceso a la atención de la salud no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país. Este principio surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. El acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Según esta concepción, la atención a la salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social.

5.2.3. Grado de control del estado sobre las funciones del sistema

En lo referente al grado de control del estado sobre las funciones del sistema, que define su relación con los prestadores de servicios, tiene importantes implicaciones. Aquí subyacen las diferencias fundamentales en los sistemas de salud que nos ocupan.

En el caso del sistema de salud de Argentina, el estado interviene en la regulación del sistema, siendo compartido cierto grado de regulación entre diferentes niveles administrativos. El estado también se constituye en la principal fuente de financiamiento del sistema a través de la vía impositiva, algunos montos menores provienen de donaciones, en caso de aparatos o medicamentos

particulares, aunque aún en estos casos existen subsidios a los productos y apoyo a indigentes o a ancianos. Pero, a la vez, el estado también es el principal prestador de servicios de salud, a través de instalaciones sanitarias propias y personal de salud asalariado. Esta condición, en la que el estado asume la regulación, el financiamiento y la prestación, sumado al principio de ciudadanía como determinante del acceso, le confiere al sistema de salud su carácter de Sistema Nacional de Salud.

La financiación del sector sanitario de España, se encuentra coordinada y, en gran medida, regulada por el estado español previsto en la Constitución y normas que lo desarrollen para las Haciendas Locales y para las Comunidades Autónomas. En este sentido, la Ley 14/86 dirige su demanda a los Presupuestos Generales del Estado, como apoyo financiero en el volumen de servicios transferidos y en el nivel mínimo de prestaciones que ha de alcanzar, a las distintas comunidades.

A partir de 1989, la financiación del gasto en salud está incluida en la Ley de Presupuesto anual de este país a través de la recaudación de impuestos.

En lo que respecta al grado de control del estado en el sistema de salud de Canadá, el mismo establece los criterios generales para la operación de los seguros públicos de salud provinciales, vigila su cumplimiento y establece sanciones. También en este caso, ciertos aspectos de la regulación y control son delegados a los gobiernos provinciales. El estado en sus diferentes niveles de gobierno también se constituye en el principal financiador del sistema, si bien los ciudadanos aportan vía impuestos para el fondo de su seguro. La prestación, por el contrario, no se lleva a cabo mediante instalaciones propias y personal a su cargo, sino mediante prestadores privados independientes, con quienes se opera predominantemente el esquema de pago por servicio.

Entonces, por un lado, bajo el principio de ciudadanía, el estado opera un fondo público de seguridad, en el que todos tienen derecho a su seguro y en el que quienes no pueden pagarlo, son subsidiados. Por el otro, el estado se constituye en comprador de servicios de salud para sus asegurados a prestadores privados.

De acuerdo con las acepciones observadas, esta modalidad constituye la esencia de un Seguro Nacional de Salud. El hecho de que el estado sea o no quien presta los servicios de atención no es cuestión trivial. Es un aspecto de importancia, porque se relaciona con el grado de competencia o colaboración entre los prestadores, la calidad de la atención, la satisfacción del usuario, la libertad de elección, el grado de satisfacción del prestador y la eficiencia en el uso de los recursos, entre otros aspectos. Sin querer ser exhaustivos, un análisis un poco más profundo parece necesario. Una de las formas de diferenciar a los sistemas, distingue por un lado a aquellos que separan la

financiación de la provisión del servicio, y por el otro, aquellos en donde el que financia provee los servicios directamente. Los primeros tienden a financiar la demanda, es decir, “el dinero sigue al paciente”. Los segundos tenderían a financiar la oferta. Ante este argumento, podríamos decir que el sistema de salud de Canadá financia la demanda, y que el sistema de salud de Argentina y España financia la oferta.

También, los modelos de pago imperante son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre la conducta de las personas. Los modelos de pago por salario, predominante en Argentina y España, y por servicio, predominante en Canadá, imprimen algunas diferencias a los sistemas.

En el modelo de pago por salario, el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe, en un período de tiempo horario y por el rango jerárquico dentro de la organización, entre otros. Es un modelo de remuneración centrado en la oferta, donde el paciente no afecta directamente el pago del médico, puesto que este último recibirá su sueldo aún cuando ningún paciente concurra al servicio. Se facilita la administración y el control de costos. No obstaculiza la cooperación entre colegas y se pone énfasis en la prevención de la salud. No estimula la sobre prestación. Teóricamente el profesional tiende a maximizar el tiempo no asistencial y minimizar la carga de trabajo, no incentiva la productividad, independiza la calidad y cantidad de los servicios de las remuneraciones y no favorece la relación médico paciente.

En el modelo de pago por servicio, la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico le brinda al paciente. El nivel de ingresos está determinado por la cantidad de prestaciones realizadas. El prestador brindará todos los servicios posibles que le proporcionen el mayor margen de ganancia. Generan alta productividad en términos de servicios brindados, alta satisfacción de los médicos, amplio control del estado sobre el precio, incentiva el establecimiento de una buena relación médico paciente.

Teóricamente este modelo de pago induce la demanda y con ella la sobre utilización; dificulta el control de la cantidad de producción y, por ende, el gasto total. También, se desincentiva la prevención. En contraparte de lo señalado para el modelo de pago en el sistema sanitario de Argentina y España, el modelo canadiense aprovecha las ventajas de su mecanismo de pago, pero también padece sus desventajas. Uno de los problemas que enfrenta el sistema canadiense es el crecimiento del gasto institucional y en personal, el cual se ha mostrado inmanejable, lo que ha traído a la agenda de discusión temas como el subfinanciamiento, incapacidad de controlar los

costos y el posible aporte del usuario como copago. El bajo alcance de las acciones de prevención, también se ha identificado como uno de las deficiencias del sistema.

Hasta ahora se han revisado los puntos de encuentro y divergencia de los sistemas de salud argentino, español y canadiense, a partir de las relaciones que permite el marco conceptual en relación a la tipología de los modelos de atención propuesta. Sin embargo no se pueden dejar de reconocer los logros alcanzados en materia de salud por naciones con profundas diferencias en lo político, lo social, lo económico y lo cultural (Frenk, 1993, p.118).

5.2.4. Equidad y calidad de los servicios de salud

La equidad desde el punto de vista de eliminar la desigualdad en la provisión de servicios, debe entenderse y medirse al nivel de la provisión de servicios y no necesariamente al nivel del estado de salud de la población, la equidad perfecta se entiende como una igualdad en esa provisión para toda la población.

La equidad nos orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población, implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos. En el área de la salud, la equidad define el grado de ajuste entre las características de la población y las del sistema de salud y explica cómo sus determinantes profundizan o reducen las desigualdades sociales.

Para conceptualizar la equidad en salud es útil pensar, en primer lugar en la variable cuya igualdad o desigualdad ha sido más debatida en América Latina, es decir, la distribución del ingreso. La salud y sobre todo la necesidad de atención médica tienen un carácter aleatorio o estadístico.

Por otra parte, la calidad se describe como la óptima estrategia de atención médica y la satisfacción de los usuarios. Significa básicamente dos cosas, primero entregar la mejor opción disponible, el mejor tratamiento disponible a las personas que van a ser atendidas, pero además preocuparse mucho de las percepciones de las otras personas. En la calidad no sólo importa el atendido, sino también importa el que dejó de ser atendido por atender al otro. En ese sentido, por ejemplo la cola de espera es una medida, y es una medida importante de calidad porque muestra que por atender bien a uno tuvimos que dejar a otros en espera.

Finalmente, de lo expuesto se identificaron varios puntos de encuentro y diferencias entre los sistemas de salud de Argentina, España y Canadá.

En primer término, la tipología permite identificar, apreciaciones globales, las diversas modalidades que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa de la que se podría obtener con categorías únicas. Una diferencia primordial entre los países, es precisamente el grado de fragmentación de la participación del estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades. Suele ocurrir que las diferentes modalidades de atención de la salud en un país cubran a subgrupos de población. Es decir, el sistema en su conjunto se encuentra fragmentado. Esta clase de segmentación suele tener efectos negativos en la equidad, ya que las modalidades que se encargan de los pobres usualmente cuentan con menos recursos para atender una mayor carga de necesidades de salud. Estos arreglos terminan reproduciendo la desigualdad social.

El primer punto de encuentro de los sistemas de salud de Argentina, España y Canadá es, entonces, que en los tres casos predomina una sola modalidad de atención a la salud: un Seguro Nacional de Salud. Con la debida aclaración de que en Argentina además del Seguro Nacional o Público existen el Seguro Social (Obras Sociales) y el Seguro Privado.

Esto significa que el sistema argentino está segmentado mientras que España y Canadá se distinguen porque han eliminado la segmentación. En el caso canadiense, se da la particularidad de que aquellos que cuentan con mayores recursos se pueden distinguir de quienes no los poseen, por poder pagar por beneficios adicionales como hotelería y lujo. Al igual que el sistema español presenta cierta fragmentación producto de la descentralización autonómica de las diversas comunidades. Pero esta condición, contar o no con recursos económicos, no se constituye en un determinante para el acceso a los servicios de salud. Son sistemas sumamente equitativos.

Considerando la dimensión: principios de acceso de la población a los sistemas, se advierte que en los tres países, el principio de acceso es universal o de ciudadanía. Es el único que no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país y surge como una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales.

Una de sus premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social son conceptos vacíos, a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida. Al igual que la educación, la salud se convierte en una de las condiciones necesarias para que cada generación de individuos entre a la vida social con las mismas oportunidades. Tal igualdad constituye, a su vez, la base ética para distribuir los beneficios del desarrollo económico. La atención a la salud, en los tres sistemas de salud, no es una mercancía, una ayuda o un privilegio. La salud es, en ambos, un derecho social.

CONCLUSIONES

El recorrido teórico y metodológico realizado permitió demostrar los diferentes supuestos de partida planteados.

El primero de ellos expresa que los marcos legales de los países objeto de estudio tienen puntos en común en relación con los procesos de gestión para la detección y rehabilitación de la hipoacusia en el recién nacido a término y de alto riesgo.

En este punto se concluye en que, si bien los sistemas sanitarios varían ampliamente de un país a otro debido a la diversidad poblacional, demográfica, cultural de cada uno de ellos se puede considerar que los marcos legales a los que se alude tienen puntos en común ya que reflejan una estructuración de un grupo humano de acuerdo a un modelo de distribución de responsabilidades y funciones y a una metodología de trabajo concreta. En los tres países se advierten similitudes, principalmente porque poseen un sistema de salud público donde la autoridad administrativa asistencial se encuentra centralizada en un organismo superior desde el cual se establecen las normativas y estrategias, determinando prioridades a partir de las necesidades insatisfechas de la población, a índices epidemiológicos, a demandas de patologías específicas, entre las que se incluye la hipoacusia. Para ello, estos países implementan programas de acción de prevención de las enfermedades, su curación y la promoción de la salud.

En Argentina, funciona un Ministerio de Salud de la Nación, en España el Ministerio de Salud y Consumo y en Canadá el Departamento de Salud. Desde estos organismos, emanan las directivas hacia las distintas provincias, en el caso de Argentina y Canadá, y a las comunidades autónomas, en España. En consecuencia, la prestación de servicios de salud en estos países coincide con la descentralización del sistema de salud. Esto confirma que en los tres países existe una fragmentación que influye en cierta forma al momento de hablar de equidad.

En Argentina, esta situación se agudiza porque en el sistema sanitario coexisten distintos subsistemas: el público, el seguro social (obras sociales) y el privado lo cual provoca, en cierta medida, una desarticulación e inequidad entre los habitantes de las distintas provincias en la prestación de los servicios, principalmente, en el primer nivel de atención del niño, es decir, en la atención primaria. Esta problemática está en la agenda de la población porque es un discurso constante de los medios de comunicación a través de distintas voces (de los propios afectados, de

periodistas, de políticos, entre otros) la cual no puede ser ignorada, pero paradójicamente es negada por el Estado.

El segundo supuesto de partida planteado, en el que se afirma que los países más desarrollados como en este caso Canadá y España cuentan con mecanismos y estrategias similares a Argentina para el tratamiento de rehabilitación de los recién nacidos con problemas de hipoacusia, también quedó demostrado.

En efecto, a pesar de las diferencias propias que existen entre países desarrollados y los que se encuentra en vías de desarrollo como Argentina, los mecanismos y estrategias de intervención implementados para la detección y el diagnóstico precoz de la patología en cuestión son similares, al menos en los discursos legislativos.

Todos cuentan con un programa nacional de atención primaria que incluye la detección mediante el screening o cribado basado en las otoemisiones acústicas que se debe realizar en forma universal a los recién nacidos, sanos y de alto riesgo dentro de las 48 horas de nacido y el respectivo seguimiento para llegar a un diagnóstico temprano con estudios más profundos. En todos los países analizados, antes de los seis meses el niño ya debe tener un diagnóstico del grado de disfunción auditiva para una correcta habilitación y rehabilitación. Estos programas de atención temprana incluyen la estimulación fonoaudiológica y logopédica para la adquisición del lenguaje. La rehabilitación consiste en el tratamiento de la disfunción que puede ser: médico, quirúrgico (puede ser el implante coclear) o bien con las audioprótesis auditivas. Para la intervención precoz cuentan con equipos especializados en la adaptación infantil de audífonos, programas de implante coclear con experiencia en implantes en niños de corta edad y profesionales con experiencia en intervención logopédica precoz.

También, en el marco legal en lo que respecta a la rehabilitación tienen en cuenta el lenguaje de las señas. Consideran que es el primer lenguaje que incorpora el niño como medio de comunicación y para poder aprender el lenguaje oral. En Canadá, la adopción de esta lengua se encuentra garantizada en su Constitución. España tiene su propia ley de señas aprobada oficialmente conjuntamente con la de telecomunicaciones y el subtulado. Mientras que en Argentina, este lenguaje aún no tiene aprobación oficial. Solo tiene media sanción del senado motivo por el cual las diversas organizaciones de sordos luchan permanentemente.

Por último, el tercer supuesto de partida también quedó demostrado, al menos discursivamente ya que, los hospitales públicos de Argentina adhieren a las políticas nacionales de salud. Si bien, existe el Programa Nacional de Detección Temprana, Estimulación y Rehabilitación,

el mismo, se implementa en cada una de las veinticuatro provincias de forma inequitativa debido, en la mayoría de los casos, a las diferencias de índole económica que afecta la inversión que los respectivos gobiernos destinan a la salud de la población.

Finalmente, se puede concluir que teóricamente, los sistemas de Salud tanto de Argentina como de España y Canadá responden a los requerimientos de la población cumpliendo con los principios jurídicos de cada país, a las declaraciones internacionales de los derechos humanos y, también, a lo establecido por la OMS. No obstante, habría que ahondar si realmente todos los sistemas de asistencia sanitaria ponen en práctica los principios que son la esencia de todo derecho: universalidad, accesibilidad, solidaridad, ética, eficacia y eficiencia

En este último punto es que desde la práctica, empiezan a observarse los problemas y queda al descubierto que a nivel mundial todos los sistemas de salud presentan deficiencias al momento de prestar los servicios. Siempre algún sector queda fuera del sistema y generalmente es el que menos recursos tiene y esto se explica porque en todos los países del mundo existe la pobreza por tal motivo, los países en estudio presentan un mayor o menor grado de **inequidad**, ya sea territorial, demográfica, cultural o social. En el caso de Argentina que es un país en vía de desarrollo, vapuleado por la inestabilidad económica, influye también, el hecho de que su sistema de salud se encuentra muy fragmentado (público, social y privado) lo que genera una desarticulación en sus accionar, y esto deriva en efectos de desigualdad social en la población.

España y Canadá han eliminado la segmentación pero la inequidad se da en el primero producto de la descentralización autonómica de las diversas comunidades y en el segundo porque aquellos que cuentan con mayores recursos se distinguen de quienes no los poseen por poder pagar beneficios adicionales de lujo. Son países que en los últimos años recibieron gran cantidad de inmigrantes que desbordaron sus sistemas y tuvieron que implementar o adaptar las políticas públicas de salud pero aún quedan grupos con necesidades de salud insatisfechas.

En Argentina, la inequidad a nivel nacional también se traslada a las provincias en todos sus aspectos. Se puede apreciar la gran diferencia que existe entre las provincias de mayores recursos con respecto a las menos ricas. Y, dentro de las mismas provincias, entre las zonas urbanas y las rurales, incluidas las zonas marginales. Mendoza es una de las principales provincias del país por la diversidad de sus recursos, sin embargo, en el caso de la hipoacusia, no a todos sus niños se les realiza el examen auditivo.

Es importante señalar que el problema de la sordera se da como un fenómeno único, pero al momento de brindar una respuesta se deben considerar dos perspectivas. Una, patológica a la que el

Estado, a través de su sistema sanitario, debe corregir o compensar por medio de la detección, estimulación y rehabilitación. La otra, es considerarla como un grupo social con su cultura, opiniones, costumbres y lengua, conformando y buscando su propia identidad dentro de las diversas comunidades sordas. Cada vez es mayor el número de estas personas hipoacúsicas que reclaman que se los trate como un grupo cultural más que a un grupo con problemas audiológicos. Visto desde estas dos perspectivas el Estado debe implementar políticas públicas de prevención, promoción y rehabilitación que garanticen la asistencia: médica, legal y educativa eliminando las barreras de comunicación, el estigma y los prejuicios con que se trata a estas personas.

Otro aspecto a tener en cuenta es la legislación relacionada con la discapacidad en Argentina, que si bien es amplia y de avanzada, se observan dos problemas principales. En primer término, porque existe una falta generalizada de conocimiento sobre el marco jurídico que protege los derechos de las personas con discapacidad y en segundo término, porque en este país no se cumplen las leyes quizás porque en las mismas no se contemplan sanciones por su incumplimiento.

No sería alentador develar realidades que, como el caso de la provincia de Mendoza, pionera en garantizar la protección integral para la infancia por medio de la Ley de Discapacidad, tenga aún deudas pendientes con los niños sordos. Se trata de la ley de hipoacusia propia, la del Lenguaje de las señas y la del subtítulo en televisión y cine, que aún no se dictaminan. Esto obliga a reflexionar sobre las políticas y las prácticas de salud dirigidas a este sector tan vulnerable de la población.

En este replanteo es importante revisar las políticas de gestión con que se prestan servicios de salud en nuestra provincia. No hay que ignorar la planificación de los recursos como un eje esencial de todo proceso de gestión para la continuidad y sustentabilidad que debe tener un programa de prevención y rehabilitación. La calidad de un programa de detección de hipoacusia en recién nacidos va más allá de la propia detección y debe incluir y garantizar las fases de diagnóstico e intervención a los 3 y 6 meses, lo contrario nos llevaría a situaciones fuera de toda lógica y ética con respecto a niños detectados en caso de no acceder a las otras fases del programa, o bien, a niños diagnosticados sin llegar a ser tratados de acuerdo con su grado de hipoacusia.

Más allá de los problemas y recursos sanitarios, todo programa de detección debe tener en cuenta los recursos sociales y educativos a los que se ha de hacer frente: provisión de prótesis auditivas, audífonos e implantes cocleares, profesionales especializados en el diagnóstico y en el tratamiento de la hipoacusia, profesores de apoyo, logopedas, además de integración escolar adecuada con apoyo, y atención y apoyo a las familias.

Los niños tienen derecho a que sus intereses se consideren prioritariamente en el diseño de las políticas, en su ejecución, en los mecanismos de asignación de recursos y de resolución de conflictos.

En conclusión, el presente estudio permitió conocer los perjuicios que genera esta patología en las personas si no son diagnosticados y rehabilitados oportunamente. Asimismo, estimula saber que, al menos desde el discurso, no hay distancias significativas entre países desarrollados y en vía de desarrollo.

Es noticia actual que el Programa Provincial de Detección y Seguimiento de Hipoacusia Neonatal fue presentado recientemente en Mendoza. Esta situación implica un compromiso ineludible para las autoridades gubernamentales y de los encargados de gestionar los hospitales y centros de salud de la provincia para garantizar la calidad en las prestaciones. Es una obligación monitorear en forma activa y constantemente el seguimiento y la evolución de los discapacitados auditivos, para que no se genere **un espacio temporal** entre el diagnóstico-detección y la rehabilitación del niño hipoacúsico porque si esta situación se produce se provocan daños irreversibles. Ese espacio de tiempo no debería existir en el caso de la hipoacusia severa o profunda porque desde el momento que se detecta y diagnostica ya se sabe que el niño va a necesitar la rehabilitación con audífono o implante coclear. Lamentablemente, en nuestro país son aceptadas pasivamente las situaciones viciadas de burocracia que paralizan los mejores proyectos e intenciones.

Para ello, se sugiere trabajar en forma conjunta convocando a la obra social más importante de la provincia, OSEP, porque tiene efectores en todos los departamentos y las diversas obras sociales que se desempeñan en la provincia a través de convenios. También, capacitar al personal de la salud de toda la provincia para sensibilizarlos al respecto conformando redes activas de comunicación e información a través de un soporte tecnológico eficiente, y a la comunidad misma. Además de arbitrar todos los medios de gestión para la provisión de audífonos o cirugías en forma oportuna para el caso del niño que necesitase de ellos. De esta manera, se evitará la marginalidad de aquellos sectores de la población más desprotegidos: *los niños hipoacúsicos pobres*.

Como también contar con un buen registro de información para el seguimiento de estos niños y evaluar los resultados, factores que hacen a la calidad en la prestación de un servicio de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alsasua, R., Pons, A., Porta, A., Salomón, J., Martínez, H., González, G., Romero, P. et al. (2006). Detección universal de hipoacusias en recién nacidos. Proyecto para actualizar la Norma Provincial de Control del Menor de Seis Años, en vigencia desde 1989. Mendoza. Argentina. *Otorrinolaringol cir cab-cuello*. Centro Audiológico de Detección Temprana de la Hipoacusia (COADITH) 2000; 60: 143-150. Recuperado el 15 de agosto de 2010, de http://www.sochiorl.cl/indices/pdfs/60-3/60-3_05.pdf.
- Argentina. H. Cámara de Diputados de la Nación (2009). Reglamentación de la Ley 25415, de creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. Recuperado el 2 de agosto de 2010 de http://www1.hcdn.gov.ar/.../expediente.asp?fundamentos_2446.
- Ministerio de Salud de la Nación. Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) (junio de 2007). Una mirada federal e innovadora de la rehabilitación, Boletín 36, p.18. Recuperado el 2 de agosto de 2010, de <http://www.snr.gov.ar/boletines/Boletin36-junio2007.pdf>.
- Asociación de Defensa de los Consumidores (ADECUA). SALUD (2010). Medicina Prepaga. Recuperado el 8 de agosto de 2010 de <http://www.adecua.org.ar/salud.php?ver=prepagas>. Consultado el
- Battistelli, L. (2007). *Historia del LSA*. Asociación Manos que Hablan. Recuperado el 20 de julio de 2010, del Foro de discusión manosquehablan.com.ar/foro/viewtopic.php?t=7875.
- Bunader, M. y Mattolini, C. (18 de diciembre, 2010). Programa detección Precoz. Seguimiento evolutivo y tratamiento oportuno de las situaciones de riesgo en niños de 0 a 4 años de etiología orgánica, psíquica y social. *Gerencia de Discapacidad. D.I.N.A.A.D. y F.* Gobierno de Mendoza. M.de Desarrollo Social y Salud. Entrevista personal realizada por Alicia Barrera.
- Calderón, M. C. (2010). *La educación de los sordomudos y ciegos en el BILE*. España: Universidad de Sevilla . Recuperado el 20 de setiembre de 2010, de http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2962492...0-.
- Calvo J.C., Maggio, M., Zenker, F. (2007). *Sistemas de Frecuencia modulada en el aula. Guía para educadores*. Barcelona: Phonak.
- Canadá. Department Of Justice. (2006). *El abuso es condenable en cualquier idioma*. Recuperado el 23 de octubre, de http://www.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/pub/abus/abus_lang/.../espag-span.pdf
- Carbin, C. F y Smith, D. (1996). *Deaf Culture Deaf Heritage in Canada. The Canadian Encyclopedia* . Recuperado el 23 de octubre de 2010, de <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm>.
- Castañeda, P. F. (2003). *El lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?* Biblioteca Digital Andina. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado el 14 de julio de 2010, de

- [http:// www.comunidadandina.org/bda/docs/PE-EDU-0003.pdf](http://www.comunidadandina.org/bda/docs/PE-EDU-0003.pdf).
- (2003). *El sistema auditivo y su influencia en la adquisición del lenguaje*. Recuperado el 15 de julio de 2010 de, [http:// www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/.../sist_aud_influ_habla.htm](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/.../sist_aud_influ_habla.htm).
- CEAPAT–IMSERSO. *Estudio sobre el Impacto de las Nuevas Tecnologías en las Personas con Discapacidad*. Universidad de Valencia. España. Recuperado el 20 de agosto de 2010, de [http:// www.iae.es/index.php?m=Descargas&op=descargar&did=56](http://www.iae.es/index.php?m=Descargas&op=descargar&did=56).
- Centro Europeo de Fundaciones (EFC) (2007). *Canadá: legislación para la discapacidad*. Recuperado el 3 octubre de 2010, de [http:// www.efc.ca./pages/law/charter/text.html](http://www.efc.ca./pages/law/charter/text.html)
- Comisión Española para la Prevención de Hipoacusias (CODEPH), (2001). *Diagnóstico Temprano de Hipoacusias*. España.
- (2004). *Control de Calidad de un Programa de Detección, Diagnóstico e Intervención Precoz de la Hipoacusia en recién nacidos*. FIAPAS, Nº 95, enero-febrero. Recuperado el 10 de julio de 2010, de [http:// www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=458](http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=458)
- Cózar Mata, J. L. (2007). *Deficiencia auditiva: Intervención psicopedagógica*. FIAPAS , 2º Psicopedagogía. Facultad de Ciencias de la Educación de Granada. Recuperado el 10 de julio de 2010, de [http:// www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=458](http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=458).
- De los Santos-Briones, S.; Garrido- Solano, C. y Chávez-Chan, M. (2004). *Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá*. Servicios de Salud de Yucatán, Mérida, México. Dirección General de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. De México, DF., México. Recuperado el 20 de setiembre de 2010, de [http:// www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb041522.pdf](http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb041522.pdf).
- Diccionario Médico. Recuperado el 22 de junio de 2010, de [http:// www.todopapas.com/diccionario/pediatric...](http://www.todopapas.com/diccionario/pediatric...)
- Domínguez, A.B., Alonso, P. (2004). *La educación de los alumnos sordos hoy. Perspectivas y respuestas educativas*. Málaga: Aljibe.
- Down, M. (1976). *El lenguaje verbal del niño*. Recuperado el 30 de julio de 2010, de [http:// www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/.../sist_aud_influ_habla.htm](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/.../sist_aud_influ_habla.htm).
- Emery, S. y Rimoin, D. (1991). *Clasificación de la sordera*. Barcelona: Fundación de Otología Dr. García Ibañez,. Recuperado el 29 de julio de 2010, de [http:// www.fundaciongarciaibanez.com/clasificacion.html](http://www.fundaciongarciaibanez.com/clasificacion.html).
- España. Constitución Española de 1978. Recuperado el 2 de agosto de 2010 de [http://www noticias.juridicas.com/.../constitucion.html](http://www.noticias.juridicas.com/.../constitucion.html) - España
- Federación Española de Asociaciones de Padres y Amigos de los Sordos (FIAPAS) (2007). *Dossier divulgativo para familias con hijos/as con discapacidad auditiva*. Madrid, España. Recuperado el 28 de julio de 2010, de [http:// www.fiapas.es/FIAPAS/informacion_d.html](http://www.fiapas.es/FIAPAS/informacion_d.html).
- Frenk, J. (1993). *La salud de la población*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación de Otología García Ibañez. Historia de la sordera. Recuperado el el 28 de julio de 2010, de [http:// www.fundaciongarciaibanez.com/](http://www.fundaciongarciaibanez.com/).

- Gascón Ricao, A. , Storch de Gracia, Asensio, J.G. (2004). *Historia de la educación de los sordos en España y su influencia en Europa y América Madrid*. Editorial Universitaria Ramón Areces, Colección “Por más señas”. Recuperado el 18 de junio de 2010, de <http://www.cultura.sorda.eu>.
- Gil, L. M. y García, C. (enero, 2003). *Audífonos de fijación osteointegrada (BAHA)*. Integración, Barcelona, núm. 25. Recuperado el 15 de julio de 2010, de <http://www.integracion.implantecoclear.org/index.php?...>
- InfoARG (Información sobre Salud en Argentina) (mayo,2007). *Salud en Argentina*. Recuperado el 2 de agosto de 2010, de <http://www.infoarg.com/salud-en-arg-t-37>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2010). *Estimaciones de la población actual del 4º trimestre del 2009*. Recuperado en julio de 2010, de http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm.
- La Pampa. Cámara de Diputados (2009). *Ley provincial de Prevención, Detección temprana y Atención de la Hipoacusia* . Recuperado el 6 de julio de 2010, de <http://www.sandrafonseca.com.ar/.deley/LEY-Hipoacusia>.
- Legislación, Salud y Medicina Privada (2010). Recuperado el 8 de julio de 2010, de <http://www.consumidoresarg.org.ar>.
- Ley de Discapacidad N° 24901. *IPSE, Hospital de Día*. Recuperado el 7 de agosto de 2010, de <http://www.ipsesm.com.ar/ley-discapacidad-24901>.
- Libro Blanco de la Atención Temprana. UNO (1993). *The Standards Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*, Regla 2, p.1). Recuperado el 3 de julio de 2010, de <http://www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc...>
- López-Aranguren, E. (1986). *El análisis de contenido*. En: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Compilación de Manuel García Ferrando, Jesús Ibañez y Francisco Alvira. Madrid: Alianza, pp. 365-396.
- Maceira, D. (2002). *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*. Recuperado el 3 de setiembre de 2010, de <http://www.manosquehablan.com.ar/foro/viewtopic.php?p=7875>.
- Maggio, M. (2009). *¿Qué es un programa de intervención basado en la familia?*. Recuperado el 5 de noviembre de 2010, de <http://www.terra.es/personal6/932108627/Articulos/Arti7-5b.pdf> -
- Marchesi, Á. (1987). *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Perspectivas Educativas*. España: Alianza.
- Martin Moreno, J. M. (2004). *Organización de los servicios de salud pública en España: algunas reflexiones desde la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, ISSN 1696-1641, Vol. 2, N° 2, 2004* , págs. 183-193. Recuperado el 10 de noviembre de 2010, de <http://dialnet.unirioja.es/Servlet/articulo?codigo933917>.
- Moreno Márquez, F. (2009). *Los Sindicatos y sus acciones*. Tesis de Grado. Buenos Aires. Univ. Nacional de la Matanza. Recuperado el 28 de junio de 2010, de <http://www.dasuten.utn.edu.ar/Documentos/PMO/PMO201.PDF> -.
- Neuquén. Ministerio de Salud. *Guía de atención y cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años. Detección de Hipoacusias. Anexo IX*. Recuperado el 30 de julio de 2010, de <http://www.saludneuquen.gov.ar/index.php?...salud>.

- Nevárez, S., Casas, C., García Contreras (2007). *Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud pertenecientes a la OMS*. Economía, Sociedad y Territorio. Toluca, México, Vol 6, nº 24.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *OMS evalúa los sistemas de salud en el mundo*. Comunicado de Prensa 21 de junio de 2001. Recuperado el 15 de noviembre de 2010, de [http:// www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-44.html](http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-44.html).
- (2007, mayo-agosto). *Eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS*. Economía, Sociedad y Territorio, vol VI, num. 24, Toluca-México, 1071-1090. Recuperado el 16 de noviembre de 2010, de [http:// www.paho.org](http://www.paho.org).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). *Argentina. Situación General y Tendencias. Contexto socioeconómico, político y demográfico*. Recuperado el 15 de agosto de 2010 de [http:// www.paho.org/spanish/sha/prflarg.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/prflarg.htm). y [http:// www.sochiorl.cl/indices/pdfs/60-3/60-3_05.pdf](http://www.sochiorl.cl/indices/pdfs/60-3/60-3_05.pdf).
- (2010). *El Sistema de Salud Argentino*. Recuperado el 12 de agosto de 2010 de [http:// www.argentina.gov.ar/argentina/.../páginas.dhtml?](http://www.argentina.gov.ar/argentina/.../páginas.dhtml?)
- (1998). Canadá. Situación General y Tendencias. Contexto socioeconómico, político y demográfico. Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de [http:// www.paho.org/spanish/HIA1998/Canada.pdf](http://www.paho.org/spanish/HIA1998/Canada.pdf)
- Pardina, J., Sánchez Galán, (2004). *Estudio sobre el servicio audiovisual de subtitulación para personas sordas o con pérdidas auditivas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Madrid. Recuperado el 28 de julio de 2010, en [http:// www.ucm.es/info/civil/herpan/centro/1_introduccion.pdf](http://www.ucm.es/info/civil/herpan/centro/1_introduccion.pdf)
- Pascoe, D. (1990). *Audífonos: ¿Quién los necesita?* Argentina: MAH (Mutual Argentina de Hipoacusia).
- Pasik, Y. (1990). *Audioprótesis*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Pediatrics in Review, Vol. 23 Nº1. Marzo de 2005. Recuperado el 5 de julio de 2010, de [http:// www buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/concurso2011/biblios/adol.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/concurso2011/biblios/adol.pdf)
- Peters, S, (20 de abril, 2003). *Educación integrada: lograr una educación para todos, incluidos aquellos con discapacidades y necesidades educativas especiales*. Preparado para el grupo de discapacitados del Banco Mundial. Recuperado el 29 de octubre de 2010, de [http:// www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/.../InclusiveEdSpanish.pdf](http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/.../InclusiveEdSpanish.pdf).
- Politi, P. M.. *The future of health care in Canada*. British Medical Journal, 323: 926-929; 2001. Equipo Interdisciplinario de Oncología. Lewis S et al. Fintor L. Canadians push national cancer strategy. Journal of the National Cancer Institute, 93:1195-98; 2001. Recuperado el 2 de agosto de 2010, de [http:// www.dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf](http://www.dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf)
- Population Health Approach. *Promoción de la salud en Canadá: Perspectiva general de los avances*. Recuperado el 30 de agosto de 2010, de [http:// www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca) > ...
- Pozo, M. y Tapia, M.C. (2005). *Diagnóstico Precoz de la Hipoacusia. Atención Temprana, Prevención, Detección e Intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones.*, Madrid: Complutense S.A.

- Proyecto de Ley (2008). *Modificación art. 2º de la Ley 24.901*. Recuperado el 6 de julio de 2010, de [http:// www.rubengiustiniani.com.ar/rg/datos/proyectos/doc/273.pdf](http://www.rubengiustiniani.com.ar/rg/datos/proyectos/doc/273.pdf). y [pdf-http://www.sitiodesordos.com.ar](http://www.sitiodesordos.com.ar).
- Ríos, M. (2001). *Educación física para ANEE*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Storch de Gracia y Asensio, J. G. (2006). *Acerca del derecho de las personas sordas a una televisión accesible*. Instituto Universitario, Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. Recuperado el 2 de octubre de 2010, de [http:// www.domotica.us/Cultura_Sorda](http://www.domotica.us/Cultura_Sorda)
- Stainback, S.; Stainback, W. (eds.) (1996). *Inclusion: A guide for educators*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. Recuperado el 3 de noviembre de 2010, de [http:// www.raco.cat/index.php/Suports/article/viewFile/102022/163617](http://www.raco.cat/index.php/Suports/article/viewFile/102022/163617).
- Tobar, F. (Coord.). (diciembre,2000). *Argentina pelagra una ley sobre lenguaje de señas*. Noticias. Recuperado el 4 de setiembre de 2010, de [http:// www.sordonautas.com/.../1553](http://www.sordonautas.com/.../1553).
- Vallejo Valdezate, L. A. (Coord.) (2002). *Hipoacusia neurosensorial*. Formación Continuada de la Sociedad Española de Otorringología y patología cérvico-facial. Barcelona, Masson S.A. Recuperado el 29 de julio de 2010, de [http:// www books.google.com.ar](http://www.books.google.com.ar).

ANEXOS

LEY 25415**CREACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION TEMPRANA Y ATENCION DE LA HIPOACUSIA**

Buenos Aires, 4 de Abril de 2001

Boletín Oficial, 03 de Mayo de 2001

Vigentes

GENERALIDADES**CANTIDAD DE ARTICULOS QUE COMPONEN LA NORMA 7****TEMA****SORDOS - OBRAS SOCIALES - MEDICINA PREPAGA - PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION TEMPRANA Y ATENCIÓN DE LA HIPOACUSIA: CREACIÓN**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1 - Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare. ARTICULO 2 - Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan las normas emanadas por autoridad de aplicación conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del tercer mes de vida.

ARTICULO 3 - Las obras sociales y asociaciones de obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio dispuesto por Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud, incluyendo la provisión de audífonos y prótesis auditivas así como la rehabilitación fonoaudiológica.

ARTICULO 4 - Créase el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de Salud, que tendrá los siguientes objetivos, sin perjuicio de otros que se determinen por vía reglamentaria: a) Entender en todo lo referente a la investigación, docencia, prevención, detección y atención de la hipoacusia; b) Coordinar con las autoridades sanitarias y educativas de las provincias que adhieran al mismo y, en su caso, de la Ciudad de Buenos Aires las campañas; de educación y prevención de la hipoacusia tendientes a la concientización sobre la importancia de la realización de los estudios diagnósticos tempranos, incluyendo la inmunización contra la rubéola y otras enfermedades inmunoprevenibles; c) Planificar la capacitación del recurso humano en las prácticas diagnósticas y tecnología adecuada; d) Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país con el fin de evaluar el impacto de la aplicación de la presente ley; e) Arbitrar los medios necesarios para proveer a todos los hospitales públicos con servicios de maternidad, neonatología y/u otorrinolaringología los equipos necesarios para la realización de los diagnósticos que fueren necesarios; f) Proveer gratuitamente prótesis y audífonos a los pacientes de escasos recursos

y carentes de cobertura médico-asistencial; g) Establecer, a través del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, las normas para acreditar los servicios y establecimientos incluidos en la presente ley, los protocolos de diagnóstico y tratamiento para las distintas variantes clínicas y de grado de las hipoacusias.

ARTICULO 5 - El Ministerio de Salud realizará las gestiones necesarias para lograr la adhesión de las provincias y de la Ciudad de Buenos Aires a la presente ley.

artículo 6:

ARTICULO 6 - NOTA DE REDACCION (VETADO POR DECRETO 469/01)

Observado por: Decreto Nacional 469/01 Art.1(B.O. 03/05/01) ARTICULO VETADO ARTICULO 7 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FIRMANTES PASCUAL – SAPAG - Flores Allende – Canals

PREPAGAS LEY 24754

REGIMEN APLICABLE A LA MEDICINA PREPAGA

BUENOS AIRES, 28 de Noviembre de 1996

BOLETIN OFICIAL, 02 de Enero de 1997

Vigentes

GENERALIDADES CANTIDAD DE ARTICULOS QUE COMPONEN LA NORMA 2

TEMA

OBRAS SOCIALES-MEDICINA PREPAGA-PRESTACIONES DE LA OBRA SOCIAL

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

*ARTICULO 1-

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 para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.

Ref. Normativas:

Ley 23.660 - Ley 23.661 - Ley 24.455

ARTICULO 2 -

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FIRMANTES

PIERRI-RUCKAUF-Pereyra Arandía de Pérez Pardo-Piuzz

LEY 24901**SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS EN HABILITACION Y REHABILITACION INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Objetivo. Ámbito de aplicación. Población beneficiaria. Prestaciones básicas. Servicios específicos. Sistemas alternativos al grupo familiar. Prestaciones complementarias.

Sancionada: Noviembre 5 de 1997.

Promulgada de Hecho: Diciembre 2 de 1997.

B.O.: 05/12/97

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad

CAPITULO I**Objetivo**

ARTICULO 1º-Institúyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

CAPITULO II**Ámbito de aplicación**

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

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

El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios.

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

ARTICULO 5º-Las obras sociales y todos aquellos organismos objeto de la presente ley, deberán establecer los mecanismos necesarios para la capacitación de sus agentes y la difusión a sus beneficiarios de todos los servicios a los que pueden acceder, conforme al contenido de esta norma.

ARTICULO 6º-Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.

ARTICULO 7º-Las prestaciones previstas en esta ley se financiarán del siguiente modo. Cuando se tratare de:

a) Personas beneficiarias del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidas en el inciso a) del artículo 5º de la ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inciso b) del presente artículo, con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el artículo 22 de esa misma ley:

b) Jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias,

c) Personas comprendidas en el artículo 49 de la ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para Tratamiento de Rehabilitación Psicosfísica y Recapacitación Laboral previsto en el punto 6 del mismo artículo;

d) Personas beneficiarias de las prestaciones en especie previstas en el artículo 20 de la ley 24.557 estarán a cargo de las aseguradoras de riesgo del trabajo o del régimen de autoseguro comprendido en el artículo 30 de la misma ley;

e) Personas beneficiarias de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, excombatientes ley 24.310 y demás personas con discapacidad no comprendidas en los incisos precedentes que no tuvieran

cobertura de obra social, en la medida en que las mismas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, con los fondos que anualmente determine el presupuesto general de la Nación para tal fin.

ARTICULO 8º-El Poder Ejecutivo propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la de la presente ley.

CAPITULO III

Población beneficiaria

ARTICULO 9º-Entiéndese por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral.

ARTICULO 10.-A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3º de la ley 22.431 y por leyes provinciales análogas:

ARTICULO 11.-Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

ARTICULO 12.-La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con los postulados consagrados en la presente ley.

Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos.

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.

Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación.

ARTICULO 13.-Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

CAPITULO IV

Prestaciones básicas

ARTICULO 14.-Prestaciones preventivas. La madre y el niño tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social. En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente.

Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar. En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

ARTICULO 15.-Prestaciones de rehabilitación. Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales,

mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

ARTICULO 16.-Prestaciones terapéuticas educativas. Se entiende por prestaciones terapéuticas educativas, a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

ARTICULO 17.-Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza- aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para realizarlas en un período predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad. Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

ARTICULO 18.-Prestaciones asistenciales. Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat-alimentación atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante.

Comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente.

CAPITULO V

Servicios específicos

ARTICULO 19.-Los servicios específicos desarrollados en el presente capítulo al solo efecto enunciativo, integrarán las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación. La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones.

ARTICULO 20.-Estimulación temprana. Estimulación temprana es el proceso terapéutico -educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

ARTICULO 21.-Educación inicial. Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello. Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

ARTICULO 22.-Educación general básica. Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común. El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación.

El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

ARTICULO 23.-Formación laboral. Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

ARTICULO 24.-Centro de día. Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

ARTICULO 25.-Centro educativo terapéutico. Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

ARTICULO 26.-Centro de rehabilitación psicofísica. Centro de rehabilitación psicofísica es el servicio que se brindará en una Institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

ARTICULO 27.-Rehabilitación motora. Rehabilitación motora es el servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor.

a) Tratamiento rehabilitatorio: las personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas, tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación:

b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos: se deberán proveer los necesarios de acuerdo con las características del paciente, el período evolutivo de la discapacidad, la integración social del mismo y según prescripción del médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o equipo tratante o su eventual evaluación ante la prescripción de otro especialista.

ARTICULO 28.-Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación. En aquellos casos que fuere necesario, se brindará la cobertura de un anestesista.

CAPITULO VI

Sistemas alternativos al grupo familiar

ARTICULO 29.-En concordancia con lo estipulado en el artículo 11 de la presente ley, cuando una persona con discapacidad no pudiese permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares. Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

ARTICULO 30.-Residencia. Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

La residencia se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan, poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por sí mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requieren para vivir.

ARTICULO 31.-Pequeños hogares. Se entiende por pequeño hogar al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

ARTICULO 32.-Hogares. Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

CAPITULO VII

Prestaciones complementarias

ARTICULO 33.-Cobertura económica. Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económicamente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, persiguiendo los siguientes objetivos:

- a) Facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir;
- b) Apoyar económicamente a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio-laboral, y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación. El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

ARTICULO 34.-Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren, conforme la evaluación y orientación estipulada en el artículo 11 de la presente ley.

ARTICULO 35.-Apoyo para acceder a las distintas prestaciones. Es la cobertura que tiende a facilitar y/o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos de apoyo que se requieren para acceder a la habilitación y/o rehabilitación, educación, capacitación laboral y/o inserción social, inherente a las necesidades de las personas con discapacidad.

ARTICULO 36.-Iniciación laboral. Es la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva, en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario, a fin de lograr su autonomía e integración social.

ARTICULO 37.-Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación. Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social. También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

ARTICULO 38.-En caso que una persona con discapacidad requiriera, en función de su patología, medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país, se le reconocerá el costo total de los mismos.

ARTICULO 39.-Será obligación de los entes que prestan cobertura social, el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:

- a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así o determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;
- b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;
- c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genéticohereditario.

ARTICULO 40.-El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su promulgación.

ARTICULO 41.-Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, A LOS CINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE.

-REGISTRADA BAJO EL N° 24.901-

ALBERTO R. PIERRI -EDUARDO MENEM. -Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. Edgardo Piuzzi.

