

# MODELOS INTERPRETATIVOS DE LA DISCAPACIDAD Y FORMAS DE AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA NORMATIVA NACIONAL ARGENTINA

---

ESPACIO ABIERTO

**MARÍA CECILIA PALERMO – cecipalermo@gmail.com**  
*Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina*

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark://rbkaaujt1>

DOI: <https://doi.org/10.62174/arg.2025.10375>

FECHA DE RECEPCIÓN: 24-1-2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 25-3-2025

## Resumen

El presente artículo analiza un conjunto de leyes, decretos y resoluciones sancionadas en Argentina entre 1981 y 2023 que establecen criterios para determinar la capacidad/incapacidad jurídica, clasificar y certificar la discapacidad, y gestionar servicios y prestaciones dirigidas a personas con discapacidad. Busca explorar qué expresa este marco legal acerca de la discapacidad e identificar los efectos sociales que ocasiona, principalmente en los derechos que son reconocidos y en las consideraciones sobre la autonomía de esta población. Para ello, indaga en los modelos interpretativos de la discapacidad que son incorporados en el marco legal, retomando los aportes de un grupo de autores/as que los caracterizan y analizan. El corpus documental se compone de publicaciones que condensan los principios de los modelos Social, Rehabilitador, Biopsicosocial y de Derechos Humanos. El corpus de normas se compone de una selección de leyes, decretos y resoluciones que se refieren a la definición de discapacidad, la declaración de incapacidad y la oferta de prestaciones y servicios para esta población. Se concluye que, pese al intento por incorporar la perspectiva de los modelos de Derechos Humanos y Biopsicosocial, aún resulta predominante el Rehabilitador, reforzando condiciones de opresión y desigualdad para las personas con discapacidad. Palabras clave: discapacidad, capacidad jurídica, marco normativo, modelos interpretativos de la discapacidad, Argentina

172

## INTERPRETATIVE MODELS OF DISABILITY AND FORMS OF AUTONOMY OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE ARGENTINE NATIONAL LEGISLATION

---

### Abstract

This article analyzes a set of laws, decrees and resolutions enacted in Argentina between 1981 and 2023 that establish criteria for determining legal capacity/incapacity, classifying and certifying

disability, and managing services and benefits for people with disabilities. It seeks to explore what this legal framework expresses about disability and to identify the social effects it causes, mainly in the rights that are recognized and in the considerations on the autonomy of this population. To this end, it investigates the interpretative models of disability that are incorporated in the legal framework, resuming the contributions of a group of authors who characterize and analyze them. The documentary corpus is composed of publications that condense the principles of the Social, Medical, Biopsychosocial and Human Rights models. The normative corpus is composed of a selection of laws, decrees and resolutions that refer to the definition of disability, the declaration of incapacity and the provision of benefits and services for this population. It is concluded that, despite the attempt to incorporate the perspective of the Human Rights and Biopsychosocial models, the Medical model is still predominant, reinforcing conditions of oppression and inequality for people with disabilities. Key Words: Disability - Legal capacity - Normative framework - Interpretative models of disability - Argentina

## **1. Introducción**

En la República Argentina existe una vasta cantidad de normativas y políticas públicas que abarcan diferentes dimensiones de la discapacidad y determinan derechos específicos para personas con discapacidad (en adelante PCD). De acuerdo a Acuña et al. (2010), el marco legal vigente es resultado de disputas entre los poderes público-estatales, los intereses de la sociedad civil y el mercado, en las que se ponen en juego los asuntos que merecen ser incorporados a la agenda de gobierno y las modalidades de intervención para darles respuesta.

En este proceso, las Organizaciones de la Sociedad Civil desempeñaron un papel central en el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas en materia de discapacidad. Su participación se transformó en función de los cambios de paradigma o marcos de referencia sobre la discapacidad (Chudnovsky y Potenza Dal Masetto, 2010), transitando de enfoques asistenciales o de beneficencia hacia la reivindicación de derechos y el acceso a espacios de participación.

Especialistas que analizan esta temática coinciden en que la normativa argentina se rige por principios ordenadores con una fuerte impronta biomédica que presupone a la discapacidad como una deficiencia o patología focalizada en el individuo (Almeida y Angelino, 2012; Ferrante, 2008 y 2009; Rosato y Angelino 2009a y

2009b). De ese modo, prima una perspectiva en términos binarios con respecto a las PCD y al resto de la población, que opone lo sano a lo enfermo, lo normal a lo patológico, lo capaz a lo incapaz. Atendiendo a la cuestión, este artículo enfoca al marco legal argentino para examinar el modo en que regula la creación y el funcionamiento de una serie de instituciones dirigidas a PCD y la oferta de prestaciones y servicios para esta población. El propósito consiste en analizar un conjunto de normativas sancionadas entre 1981 y 2023 que establecen los criterios para determinar la capacidad o incapacidad de una persona, clasificar y certificar la discapacidad, delimitar los servicios y prestaciones disponibles, y gestionar las instituciones. De lo que trata es de explorar qué expresa el régimen jurídico acerca de la discapacidad e identificar los efectos sociales que ocasiona, principalmente en el reconocimiento de derechos y en las consideraciones sobre la autonomía de esta población. Los interrogantes que lo guían son los siguientes: ¿qué sentidos se construyen acerca de la discapacidad en los lineamientos para la oferta de prestaciones y servicios y el funcionamiento de instituciones destinadas a esta población? ¿De qué manera se delimitan la oferta de servicios y prestaciones, así como a las personas destinatarias? ¿Qué recorrido o itinerario institucional sugiere el marco legal en relación a las PCD? Para abordarlos, se utiliza un *corpus* normativo compuesto por un conjunto de leyes, disposiciones y resoluciones; un *corpus* documental de publicaciones que condensan los principios de cada modelo interpretativo de la discapacidad; y un *corpus* teórico que consta de autores/as que caracterizan y analizan los modelos interpretativos y que conceptualizan a la autonomía como un atributo que trasciende al binomio capacidad/incapacidad.

Se organiza de la siguiente manera: la primera sección presenta los aspectos metodológicos relativos a la conformación del corpus de leyes, los criterios utilizados para el recorte y las dimensiones utilizadas para su análisis; la segunda, reconstruye los diferentes modelos interpretativos de la discapacidad implicados en la normativa argentina, de acuerdo a referentes teóricos, manifiestos fundacionales y documentos elaborados por organismos internacionales; la tercera, examina los criterios para definir, delimitar y certificar la discapacidad y las modalidades institucionales propuestas en las normativas; la cuarta, los lineamientos

establecidos para prestadores de servicios para esta población; y la quinta, indaga los sentidos sobre la autonomía con foco en la tensión con el concepto de capacidad. Finalmente, las conclusiones exhiben los resultados obtenidos, destacando que el Modelo Rehabilitador predomina en las normativas a lo largo del tiempo pese a los intentos por incorporar pautas del Biopsicosocial y del de Derechos Humanos; y que la asociación entre la capacidad de juicio y el autovaloramiento profundiza las condiciones de desigualdad, opresión y exclusión de las PCD.

## ***2. Delimitación del corpus normativo***

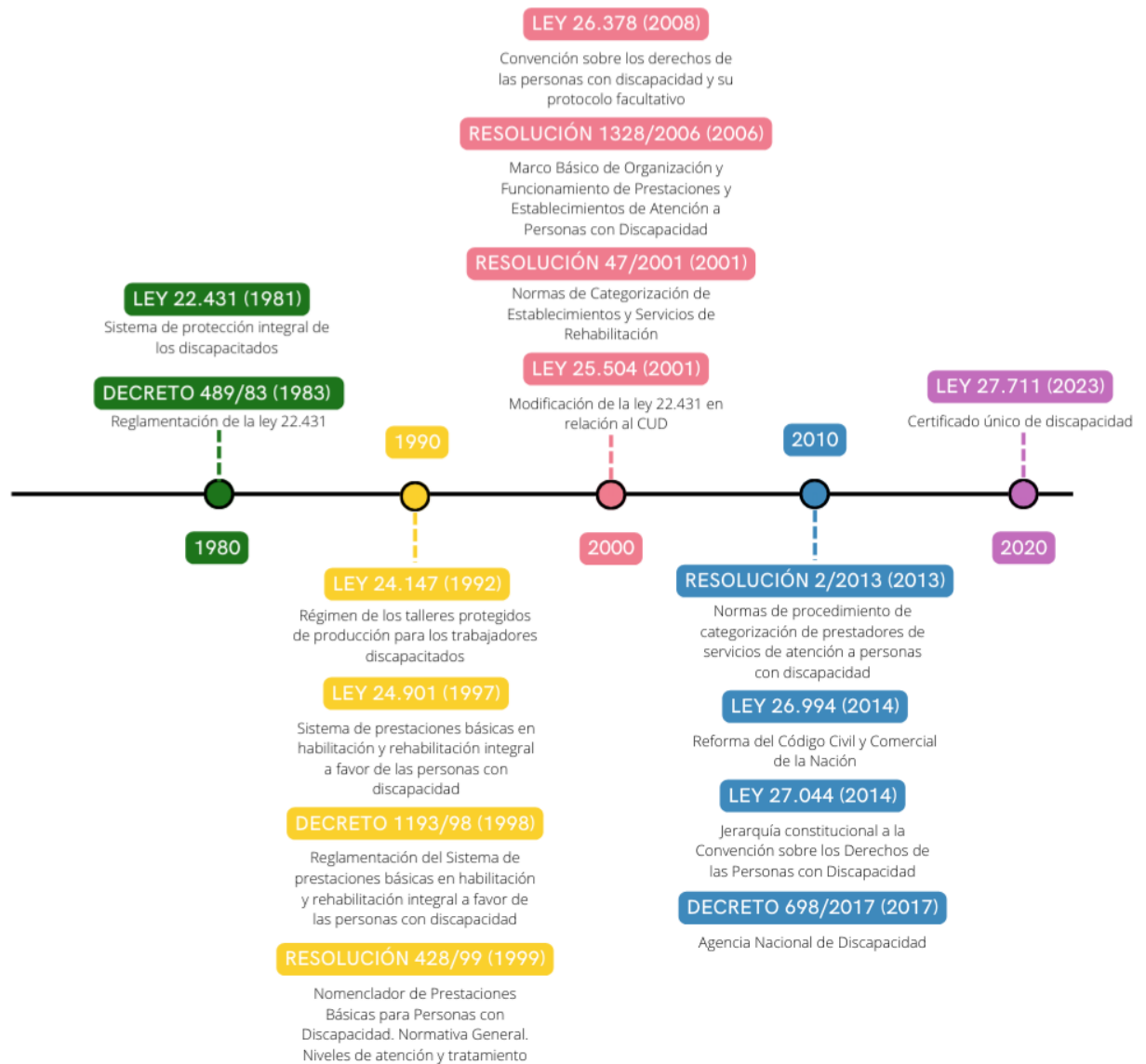
De acuerdo a los propósitos del artículo, de la normativa vigente se seleccionaron las que establecen criterios para clasificar y certificar a la discapacidad, refieren a la (in)capacidad jurídica o regulen la oferta de prestaciones y servicios destinados a PCD. Para acceder al texto de las normativas se utilizó la base de información legislativa y documental InfoLEG<sup>1</sup>, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación. En la Figura 1 se exhibe una línea temporal con las leyes, decretos y resoluciones organizadas según su año de sanción, tipo y número y denominación.

175

---

<sup>1</sup> De acuerdo a lo enunciado en el sitio web, InfoLeg es una base de datos legislativos nacionales, de acceso libre y gratuito. Link de acceso: <https://www.infoleg.gob.ar/>

Figura 1. Leyes y decretos que componen el corpus normativo, de acuerdo a su tipo y año de sanción



Fuente: elaboración propia

El marco jurídico que actualmente organiza la respuesta estatal a la problemática de la discapacidad (Danel, 2019; Fara, 2010) se rige por los principios enunciados de la

ley 22.431<sup>2</sup> –reglamentada por el decreto 489/83–, sancionada en 1981 por el dictador Jorge Rafael Videla. En términos generales, esta ley determina que es responsabilidad y obligación del Estado garantizar a las PCD su rehabilitación integral, educación en escuelas comunes con los apoyos necesarios o en escuelas especiales, formación laboral y profesional, y otras medidas asociadas a la seguridad social, empleo y transporte.

En la década de 1990, caracterizada por la pérdida de la capacidad regulatoria estatal y la descentralización de políticas y gestión pública en ámbitos sub-nacionales (Acuña et. al., 2010; Danel, 2019), se sancionaron varias leyes que refieren al funcionamiento de instituciones orientadas a PCD. La ley 24.147 de 1992 dispone el régimen de funcionamiento para los Talleres Protegidos de Producción. En 1997, mediante la ley 24.901 se aprueba el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, que obliga a las obras sociales y a las prepagas a brindar una cobertura integral de las necesidades y requerimientos de las PCD, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección. Durante esta década tuvo lugar un desplazamiento progresivo desde el sistema de protección integral provisto por los organismos dependientes del Estado, hacia el sistema de prestaciones básicas de atención integral, donde las obras sociales –y, posteriormente, las prepagas– se convirtieron en las principales garantes de la cobertura de las prestaciones requeridas por las PCD (Fara, 2010). Consecuentemente, se profundizaron las desigualdades en el acceso a servicios entre afiliados/as al sistema de seguridad social y quienes dependen exclusivamente de la cobertura pública o de una obra social no integrada al sistema nacional (Fara, 2010). Luego, la resolución 428/99 del Ministerio de Salud y Acción Social aprueba el Nomenclador de Prestaciones Básicas

---

<sup>2</sup> Dicha ley reemplaza a la 20.923, que fue elaborada por la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado y sancionada en 1974. En ella se estipula la creación de una Comisión Nacional del Discapacitado que se ocupe de sancionar a las instituciones que incumplan con la disposición del cupo laboral del 4% destinado a PCD (Ferrante, 2015).

para Personas con Discapacidad, documento que concierta los módulos de atención y fija los aranceles para las prestaciones previstas.

En el nuevo milenio, las incorporaciones y modificaciones en materia legislativa fueron las siguientes: en 2001, la ley 25.504 centraliza la emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) expedido por el Ministerio de Salud y extiende su validez al territorio nacional. Posteriormente, un conjunto de resoluciones compuesto por la 47/2001, la 1328/2006 y la 2/2013, pormenorizó la categorización y el funcionamiento de los servicios para PCD. Un hito destacable fue la adhesión de Argentina a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a su Protocolo Facultativo mediante la ley 26.378, sancionada en 2008<sup>3</sup>. Dicha adhesión implica el compromiso del Estado argentino de incorporar los lineamientos allí establecidos, entre los cuales se encuentra impulsar la autonomía e independencia de las PCD y promover la lucha contra los estereotipos, prejuicios y las formas de discriminación. En correlato a lo estipulado en la Convención, en el año 2014 se sancionó la ley 26.994, de modificación del Código Civil y Comercial de la Nación en la cual se incorpora el sistema de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica y se explicitan las condiciones para declarar restricciones en dicho ejercicio. En 2023, el decreto 698/2017 y la ley 27.711 indican que los criterios para certificar la discapacidad deben adecuarse a lo establecido en la Convención.

178

Una vez conformado este corpus normativo, para su análisis se organizó una matriz de revisión documental en la cual se sistematizaron las siguientes dimensiones:

- Definición de discapacidad: incluye los criterios establecidos en las normativas para identificar, caracterizar y clasificar la discapacidad.
- Modelo interpretativo de la discapacidad: incluye el marco en el cual se inscribe la normativa. En algunos casos, se menciona explícitamente; en otros, puede inferirse a partir de referencias o citas a documentos

---

<sup>3</sup> La ley 27.044 de 2014 ratifica su jerarquía constitucional.

fundacionales de un modelo o a los conceptos relacionados con la discapacidad.

- Lineamientos para la categorización y funcionamiento de establecimientos: incluye las pautas para los tipos de instituciones en relación a la población destinataria, los perfiles profesionales requeridos, los objetivos, la organización, el funcionamiento y las condiciones de ingreso y egreso.
- Consideraciones con respecto a la autonomía: incluye aseveraciones relacionadas con la independencia, la capacidad y la autonomía de las PCD.

### ***3. Modelos interpretativos de la discapacidad***

Las definiciones operativas de la discapacidad, los criterios de clasificación de la población y los agentes habilitados para categorizar a las personas y reconocer o desestimar sus necesidades confluyen en diferentes modelos o marcos interpretativos (Dell'Anno, 2012; Míguez Passada, 2014). En el contexto normativo, la opción por un modelo específico influye en la delimitación de las demandas de la población a ser incorporadas en la agenda y en el desarrollo de políticas públicas para abordarlas. Tradicionalmente, la bibliografía especializada contrapone el Modelo Médico Rehabilitador con el Social y sitúa entre ellos perspectivas complementarias. A continuación, se describe y analizan los modelos que han sido incorporados a la estructura legal que regula las políticas sociales orientadas a PCD en Argentina, con foco en sus conceptualizaciones sobre la discapacidad.

El Modelo Médico Rehabilitador se ampara en una óptica patologizante de la discapacidad, centrada en el individuo, obviando las condiciones sociales y económicas de existencia (Oliver, 2008). Desde esta perspectiva, cuando una persona con una determinada insuficiencia adquiere consciencia de su limitación, “debe aceptarla y aprender a vivir con ella” lo cual se consigue “mediante la máxima explotación de las capacidades existentes” (Oliver, 1998, p. 36). Estigmatizando las situaciones de dependencia, este Modelo obliga a los individuos a asumir la mayor cantidad posible de funciones ‘normales’, considerando que las causas de fracaso recaen en la ineptitud y la responsabilidad de cada persona. De este modo, sugiere

“que las personas con discapacidad pueden tener algo que aportar a la comunidad, sólo si se rehabilitan y logran ellas asimilarse al resto de la sociedad” (Seda, 2017, p. 27). En ese sentido, busca “normalizar a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa” (Palacios, 2008, p. 26). Es preciso destacar que esta perspectiva encuentra varios puntos de congruencia en el Modelo Médico Hegemónico delineado por Eduardo Menéndez (1988, 1998, 2005), que refiere al proceso mediante el cual el tratamiento de las enfermedades y padecimientos es considerado patrimonio exclusivo del saber biomédico<sup>4</sup>. En las sociedades capitalistas este Modelo es tomado por el Estado como marco de referencia legítimo para definir y certificar a la discapacidad (Ferrante, 2009), a través de códigos que representan los síntomas o patologías en términos de déficit.

Por su parte, Mike Oliver (1990) denomina Modelo Social al que surge de la articulación entre las propuestas del Movimiento de Personas con Discapacidad y los *Disability Studies*. Este modelo considera que la discapacidad es un fenómeno multidimensional, perteneciente al ámbito externo del individuo (Albrecht, Seelman y Bury, 2001) y resultante de barreras económicas, medioambientales, culturales e históricas que producen diferentes formas de opresión social (Oliver, 1998; Shakespeare, 2006). Su mirada sobre la desigualdad y la configuración de grupos oprimidos es relacional, pues concibe que el establecimiento de lo normal/anormal es producto de relaciones de poder en la sociedad capitalista (Oliver, 2008). Así, la discapacidad constituye “una entidad social, relacional, política y cultural que es vivida como una experiencia personal a pesar de ser moldeada por encuentros públicos” (Goodley, 2017, s/n).

Entre los antecedentes fundacionales del Modelo Social sobresale el Movimiento de Vida Independiente, creado por activistas anglosajones en los años ‘60. *Policy*

---

<sup>4</sup> El individualismo, el biologicismo, el mercantilismo y la eficacia pragmática resultan inherentes a este Modelo y se manifiestan en la delimitación de una historia natural de la enfermedad que excluye la historia social de los padecimientos (Menéndez, 2005). La toma de decisiones sobre la vida de los sujetos se centra en la mirada de la medicina, cuyas funciones curativas y preventivas se prolongan en otras de normalización y control social e ideológico de la población.

*Statement* (UPIAS, 1974), su documento fundacional, contiene los principios de la Unión de los Físicamente Impedidos contra la Segregación (*Union of the Physically Impaired Against Segregation*, UPIAS). Allí se demanda a las instituciones excluyentes o segregacionistas que realicen las modificaciones necesarias a fin de permitir la plena participación de las PCD y habilitar su máxima independencia en las actividades cotidianas<sup>5</sup>. También explicitan que

como grupo, seguimos viéndonos obligados a soportar instalaciones segregadas e inferiores. Nos envían a escuelas especiales, colegios o centros de formación. Se nos canaliza sistemáticamente hacia fábricas, centros, hogares, albergues y clubes segregados (...). Todas estas formas segregadas de ayuda representaban un progreso en años pasados. Pero como ahora existen sin duda los medios para la integración, nuestro confinamiento en instalaciones segregadas es cada vez más opresivo y deshumanizado<sup>6</sup> (UPIAS, 1974, p. 1, traducción propia del original en inglés).

De acuerdo al documento, las instituciones y sus características son determinantes en las posibilidades de participación plena en la sociedad de las PCD, por lo cual se plantean sugerencias en relación a la elección sobre dónde y cómo vivir y a la supresión progresiva de las instituciones segregadas:

mientras existan escuelas especiales, colegios y centros de día enormemente caros, talleres y fábricas fuertemente subvencionados, y campamentos de vacaciones y hoteles separados, no se puede hablar de provisión alternativa suficiente para garantizar que todos tengamos una oportunidad real de participar en igualdad de

---

<sup>5</sup> En Argentina destaca el Frente de Lisiados Peronistas, movimiento de lucha y resistencia de las PCD. Consolidado en los años setenta, el Frente presenta demandas relativas a condiciones laborales de explotación, a la defensa de los derechos y de la dignidad de las PCD (Danel, 2019; Bregain, 2012) y promueve la “des-medicalización de la discapacidad a partir del reconocimiento como trabajadores” (Ferrante, 2012).

<sup>6</sup> “But as a group we are still often forced to put up with segregated and inferior facilities. We get sent to special schools, colleges or training centres. We are systematically channelled into segregated factories, centres, Homes, hostels and clubs. If we do manage to become mobile, it is often in antiquated tricycles or specially labelled transport. All these segregated forms of help represented progress in years past. But since the means for integration now undoubtedly exists, our confinement to segregated facilities is increasingly oppressive and dehumanizing”.

condiciones en las actividades educativas, laborales y de ocio normales<sup>7</sup> (UPIAS, 1974, p. 4, traducción propia del original en inglés).

Para desmarcarse de la dicotomía entre el Modelo Médico y el Social, otras posiciones plantean una ‘tercera vía’ o ‘vía alternativa’ (Dell' Anno, 2012; Ferrante, 2009). Una es el Modelo Biopsicosocial elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, mediante la publicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (en adelante, CIDDDM) en 1980 y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en 2001, procuró conformar un sistema de validez internacional. Estos documentos generaron un lenguaje estandarizado asociado a estados de la salud que permite describir y comparar información sobre la discapacidad y el funcionamiento humano producida en diversas regiones. La CIDDDM fue presentada como complemento a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (en adelante, CIE) (OMS, 1992) (Egea García y Sanabria Sánchez, 2005). Mientras que la CIE se orienta a la codificación de etiologías y refiere específicamente a las categorías de etiología, patología y manifestación, la CIDDDM abarca las consecuencias que el proceso de la enfermedad deja en el cuerpo del individuo y en su relación con la sociedad. La propuesta del documento resulta en un criterio organicista, basado en una relación secuencial entre la enfermedad, la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía. Esta cuestión ha suscitado varias críticas que incentivaron, finalmente, a una revisión tras la cual, en 2001, se publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Allí se incorpora un “concepto amplio de la salud” (OMS, 2001, p. 14) estructurado en las funciones y estructuras corporales y la participación en actividades. El punto de vista adoptado se presenta como una integración de los modelos Médico –al cual le atribuye la comprensión de la discapacidad como un problema de la persona, causado por la enfermedad– y Social

---

<sup>7</sup> “As long as there are vastly expensive special schools, colleges and day-centres, heavily subsidised workshops and factories, and separate holiday camps and hotels, there can be no question of sufficient alternative provision being made to ensure that we all have a real opportunity of equal participation in normal educational, work and leisure activities”.

–que la considera un problema de origen social– en lo que se denomina Modelo Biopsicosocial: “la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social” (OMS, 2001, p. 22). Los aspectos no problemáticos de la salud son englobados bajo el concepto de funcionamiento; en contraposición, la discapacidad se presenta en términos negativos y refiere a problemas, deficiencias y limitaciones en la actividad y en la participación de un individuo con determinado estado de salud. La deficiencia, anormalidad y desviación son comprendidas en términos de alejamiento de la norma, concebida como la media estadística establecida para una población de acuerdo a evaluaciones estandarizadas. En este sentido, tanto la CIDDMM como la CIF aíslan al individuo en su estructura corporal y asocian unívocamente discapacidad y déficit, midiéndolas de acuerdo al criterio de los parámetros esperables en una población determinada.

Las miradas críticas sobre este Modelo cuestionan los marcos que subyacen a la clasificación de los estados de salud, señalando que persiste la centralidad del enfoque biomédico (Egea García y Sarabia Sánchez, 2005; Seda, 2017) omitiendo aspectos de la identidad particular y del marco social de cada individuo (Ferreira y Rodríguez Caamaño, 2006) y reduciendo lo social a ‘mero contexto’ (Ferrante, 2009, p. 18).

Por último, el Modelo de Derechos Humanos se aboca a la demanda por la plena participación de las PCD en la sociedad y por su reconocimiento como sujetos de derechos en igualdad de condiciones que el resto de la población. Su documento fundacional es la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, Convención), publicada en 2006 por la Organización Naciones Unidas (ONU), en cuya elaboración participaron diferentes actores de este organismo, Estados miembros, instituciones de derechos humanos nacionales y organizaciones no gubernamentales, principalmente de PCD (Palacios, 2008). Expresa el propósito de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad” (ONU, 2006, p. 5). En este tratado internacional la discapacidad se presenta como un concepto que evoluciona y que

involucra a un colectivo de personas diversas. Además, se remarca la importancia de impulsar la autonomía e independencia de las PCD y de promover la lucha contra los estereotipos, prejuicios y las formas de discriminación. Por ello, la Convención impulsa un cambio de paradigma respecto a las actitudes en torno a las PCD ya que no son comprendidas en tanto objetos de asistencia sino como sujetos de derecho (Ferrante, 2009). Sin embargo, este documento continúa acudiendo al concepto de deficiencia, ya que sostiene que las PCD son “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006, p. 4). Particularmente, el viraje transformador que trae aparejado la Convención consiste en focalizarse en incentivar medidas estatales a fin de asegurar el acceso de esta población a la vida social desde un enfoque de derechos, haciendo mención explícita a la autonomía y el reconocimiento de las PCD. La autonomía, de acuerdo al artículo 3, se entiende como la libertad de tomar decisiones, vivir de manera independiente, la no discriminación, la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación la diversidad inherente a la condición humana. Con respecto al reconocimiento de la personalidad jurídica, el artículo 12 establece que las PCD tienen derecho de acceso a tal garantía, y que los Estados tienen la obligación de proporcionar el acceso a apoyos cuando sea preciso en pos del pleno ejercicio de la capacidad jurídica.

Con el fin de supervisar la aplicación de la Convención en los Estados signatarios, la ONU creó el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad el cual, tras evaluar los reportes enviados por cada país, realiza recomendaciones para mejorar los procesos y estrategias de implementación en curso. Interesa aquí recuperar las Observaciones N°1 (2014), N°5 (ONU, 2017) y N°6 (ONU, 2018), ya que contienen indicaciones sobre la capacidad jurídica, la autonomía, las instituciones y los modelos interpretativos. La Observación N°1 (ONU, 2014) afirma que la capacidad jurídica constituye un atributo universal inherente a todas las personas en razón de su condición humana, por lo cual recomiendan examinar las legislaciones para asegurar que esta no se encuentre limitada en las PCD. El Comité detectó una

asociación en los informes presentados por los Estados entre los conceptos de capacidad mental y capacidad jurídica donde “a menudo a causa de una discapacidad cognitiva o psicosocial, se le retira en consecuencia su capacidad jurídica para adoptar una decisión concreta” (ONU, 2014, p. 4). De acuerdo a la Convención, los Estados no deben negar la capacidad jurídica de modo discriminatorio, sino proporcionar un sistema de apoyos que respete los derechos, voluntad y preferencias de la persona.

El artículo 19 versa sobre el derecho de las PCD a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. La Observación N°5 postula que esto puede lograrse si se hacen efectivos todos los derechos, estableciendo la vida independiente como una forma de la autonomía personal que supone el acceso a apoyos humanos y a vivir por fuera de las instituciones que imponen una forma y sistema de vida segregado. Esta Observación advierte que los estilos de vida predeterminados que se generan en entornos institucionales concebidos para este grupo poblacional no son compatibles con lo que se establece en la Convención.

La no discriminación de las PCD es establecida en el artículo 5 de la Convención y evaluada en la Observación N°6, la cual señala su incumplimiento en tanto estas personas han visto denegadas su dignidad, integridad e igualdad con respecto al resto de la población. El Comité advierte lo perjudicial que resulta la preeminencia del Modelo Médico y/o de Beneficencia en las leyes y políticas de los Estados para el reconocimiento en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad, ya que “el uso persistente de esos paradigmas impide reconocer a las personas con discapacidad como plenos sujetos de derecho y titulares de derechos” (ONU, 2018, p. 1).

Se han planteado advertencias sobre el alcance de la Convención, señalando que, aunque esta implica un avance hacia la lucha por la igualdad de las PCD, el documento no explica los procedimientos para implementar sus propuestas y que no se registran mayores indicios de algún impacto significativo en la garantía de los derechos de las PCD (Oliver y Barnes, 2012). Yarza de los Ríos et. al (2019) demarcan la persistencia de la linealidad entre deficiencia y discapacidad, y

consideran que este aspecto refleja un discurso híbrido de mirada cercana al modelo Biopsicosocial.

#### ***4. Modelos interpretativos en la certificación de la discapacidad y en la regulación de instituciones***

Este apartado analiza la forma en que los Modelos son incorporados en leyes vigentes en Argentina que definen a la discapacidad, establecen los criterios para certificarla, regulan el acceso de las PCD a prestaciones y servicios y proporcionan el marco general para el funcionamiento de instituciones abocadas a este grupo poblacional.

##### ***4.1. Definición y certificación de la discapacidad***

Luego de analizar el conjunto de leyes recopiladas se identifica que, aunque con matices, reproducen la definición de “persona discapacitada” establecida en la ley 22.431 (Artículo 2), donde se la caracteriza como aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. En esta definición se vislumbran lineamientos del Modelo Rehabilitador, por ejemplo, en la centralidad otorgada al tratamiento médico y la comprensión de la discapacidad en términos de déficit (Seda, 2017) o de una anomalía patológica que le impide al individuo realizar actividades esperables (Ferrante, 2013). A la vez, se entiende que una PCD está “desviada de un supuesto estándar y, por dicha razón, limitada o impedida de participar plenamente en la interacción social” (Fara, 2010, p. 126). Por tanto, la rehabilitación o normalización necesaria para su integración en la sociedad recae plenamente en la persona y en la intervención estatal a través de prestaciones médico-asistenciales, de acceso a la educación especial y el trabajo protegido (Palacios, 2008).

Sobre la base de dicha definición, la ley 22.431 indica que la Secretaría de Estado de Salud Pública acredita la existencia de la discapacidad, su naturaleza y grado, las posibilidades de rehabilitación y el tipo de actividad laboral o profesional que la persona se encuentra apta para desempeñar. El procedimiento para la acreditación se detalla en el decreto 498/83, según el cual debe constituirse una junta médica

evaluadora ante la cual las personas solicitantes presentan sus antecedentes personales, familiares, médicos (diagnóstico completo, secuela y tratamiento realizado), educacionales y laborales. Posteriormente, la ley 25.504 propone algunas modificaciones al procedimiento, entre las cuales le otorga al Ministerio de Salud de la Nación la función de certificar la existencia de la discapacidad, denomina al certificado expedido Certificado Único de Discapacidad (en adelante CUD) y le asigna validez nacional. De acuerdo al protocolo vigente, la Junta de Evaluación debe utilizar las clasificaciones provistas por la Organización Mundial de la Salud –la CIE-10 y la CIF, respectivamente– para la certificar los siguientes tipos de deficiencias: motora, intelectual y mental, sensorial de origen visual, sensorial de origen auditiva o física de origen visceral (respiratoria, renal, hepática o cardiológica). En 2017, mediante el Decreto 698 se crea la Agencia Nacional de Discapacidad (en adelante, ANDIS)<sup>8</sup> y, en 2023, la ley 27.711 establece que la ANDIS es el ente encargado de la actualización del CUD –emitido sin fecha de vencimiento<sup>9</sup>– de acuerdo a la concepción dinámica de discapacidad de la Convención. Esto debería verse reflejado, según el artículo 2, en la “flexibilización de los requisitos para su otorgamiento”<sup>10</sup>.

Al enfocar sobre las implicancias de la implementación del CUD se observa, por un lado, que habilita el acceso a derechos específicos para PCD, ya que legitima, acredita y diagnostica una condición; por otro, que refuerza una diferencia en términos de déficit individual (Ferrante, 2013) y segrega a esta población destinataria de medidas compensatorias (Dell’Anno, Corbacho y Serrat, 2004; Vallejos, 2012). De ese modo, el Estado juega un papel central en la clasificación de la discapacidad en términos de déficit y, a la vez, en la reproducción de las condiciones para que tal demarcación se sostenga y legitime a lo largo del tiempo. Aunque normativas

---

<sup>8</sup> La Agencia debe ocuparse, entre otras cuestiones, del diseño, coordinación y ejecución de políticas públicas en materia de discapacidad; y de la elaboración y ejecución de acciones que busquen promover el pleno ejercicio de los derechos de esta población.

<sup>9</sup> Previamente, el vencimiento variaba en función de lo dictaminado por la Junta Evaluadora.

<sup>10</sup> Según el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018) del total de personas que presentan alguna dificultad, sólo el 33% posee el CUD.

recientes pretendieron incorporar lineamientos de la Convención en los modos de nominar a la discapacidad, en la práctica, esta iniciativa no fue acompañada de la gestación, desarrollo e implementación de las políticas adecuadas (Venturiello, Palermo y Tiseyra, 2021).

#### **4.2. Modalidad institucional**

En el marco legal analizado se observa una progresiva diferenciación y regulación de las diversas instituciones destinadas a PCD. Durante los años ochenta, la ley 22.431 formalizó los Servicios Especiales en hospitales y los Talleres Protegidos Terapéuticos y el decreto 1.110 incorporó los Hogares con Internación Total o Parcial para PCD que no cuenten con un grupo familiar que pueda hacerse cargo de su atención y cuidado. El decreto 489/83 introdujo la figura de Establecimientos con Fines de Producción, en la cual se distinguen:

- los Talleres Terapéuticos, que dependen de efectores de salud y buscan la integración social de “personas que, por su grado de discapacidad, transitoria o permanente, no pueden desarrollar actividades laborales competitivas ni participar de talleres protegidos de producción”;
- los Talleres de Producción, que dependen de asociaciones con personería jurídica y se proponen la producción de bienes y/o servicios por “trabajadores discapacitados físicos y/o mentales, preparados y entrenados para el trabajo, en edad laboral, y afectados de una incapacidad tal que les impida obtener y conservar un empleo competitivo”.

Es notable que en ambos tipos institucionales orientados al trabajo, las dificultades para desarrollar actividades laborales y adquirir o conservar empleos se atribuye a un impedimento de la persona a causa de la discapacidad. Posteriormente la ley 24.147 reglamentó el funcionamiento de los Talleres Protegidos de Producción, disponiendo que allí se realicen tareas remuneradas, adecuadas a las características individuales de cada trabajador, con el fin de favorecer su adaptación laboral y social y facilitar su integración en el mercado de trabajo.

En los años noventa se profundizó la diferenciación y, tras la sanción de la ley 24.901, se fortaleció su vínculo con el ámbito de la salud. Esa ley detalla las prestaciones, servicios, sistemas alternativos y prestaciones complementarias a las que pueden acceder las PCD que cuenten con afiliación a una obra social.

En la siguiente Tabla (1) se resume la clasificación de ese sistema, incluyendo a sus componentes, para luego desarrollarla.

Tabla 1. Figuras del sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral de acuerdo a la ley N°24.901.

| Sistema de prestaciones básicas         | Componentes                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prestaciones básicas                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Preventivas</li> <li>● Rehabilitación</li> <li>● Terapéuticas educativas</li> <li>● Educativas</li> <li>● Asistenciales</li> </ul>                                                                                                                            |
| Servicios específicos                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estimulación temprana</li> <li>● Educación inicial y general básica</li> <li>● Formación laboral</li> <li>● Centro de día</li> <li>● Centro educativo terapéutico</li> <li>● Centro de rehabilitación psicofísica</li> <li>● Rehabilitación motora</li> </ul> |
| Sistemas alternativos al grupo familiar | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Residencia</li> <li>● Pequeños hogares</li> <li>● Hogares</li> </ul>                                                                                                                                                                                          |
| Prestaciones complementarias            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cobertura económica</li> <li>● Apoyo para acceder a las distintas prestaciones</li> <li>● Iniciación laboral</li> <li>● Atención psiquiátrica</li> </ul>                                                                                                      |

En el conjunto de prestaciones básicas, la rehabilitación consiste en un proceso desarrollado por un equipo multidisciplinario con el propósito de adquirir y/o restaurar aptitudes para que una PCD:

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 (ley N°24.901, artículo 15).

Siguiendo con la clasificación, las prestaciones terapéuticas-educativas articulan metodologías del ámbito terapéutico, pedagógico y recreativo con la función de restaurar conductas desajustadas, desarrollar niveles adecuados de autovalimiento e independencia e incorporar nuevos modelos de interacción. Las valoraciones de 'conductas desajustadas' y 'niveles adecuados' carecen de precisión en su formulación ya que no se especifican cuáles son los parámetros considerados. Complementariamente, las prestaciones asistenciales buscan cubrir requerimientos básicos relativos al hábitat y alimentación y garantizar la atención especializada según el tipo de discapacidad y la situación socio-familiar de la persona.

El sistema de servicios está compuesto por diferentes programas e instituciones encargados de implementar las prestaciones básicas. El servicio de Formación Laboral retoma las directrices brindadas por la ley 24.147 en cuanto a la capacitación e inserción en el mercado de trabajo formal. Los Centros de Día promueven el desempeño adecuado en la vida cotidiana de población con discapacidad severa o profunda. Los Centros Educativo Terapéuticos aplican enfoques terapéuticos para que niños/as y jóvenes con discapacidad motriz, sensorial y mental que les impide acceder a un sistema de educación especial sistemático, puedan incorporar conocimiento educativo. El Servicio de Rehabilitación Motora abarca la provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos con el objeto de prevenir, diagnosticar y tratar 'enfermedades discapacitantes'. El Servicio de Rehabilitación Psicofísica busca desarrollar y recuperar las capacidades remanentes de una PCD.

La figura de sistemas alternativos al grupo familiar está dirigida a quienes no pueden permanecer en su ámbito familiar. La edad, el tipo y grado de discapacidad así como el nivel de autovalimiento e independencia, son factores que condicionan el acceso a las siguientes instituciones: la residencia, para quienes tienen un nivel suficiente o adecuado de autovalimiento e independencia que les permite cubrir sus necesidades básicas, gestionando, administrando y organizando bienes y servicios;

el pequeño hogar, destinado a un número limitado de niños y adolescentes con discapacidad que no cuentan con un grupo familiar; y, finalmente, el hogar, que proporciona una cobertura integral de requerimientos básicos esenciales, como vivienda, alimentación y atención especializada, a personas con un nivel de autovalimiento e independencia limitado, que requieren un mayor grado de asistencia y protección y que no tienen un grupo familiar que las contenga.

Por último, las prestaciones complementarias abarcan una serie de subsidios tales como cobertura económica o apoyo -sin aclarar qué se entiende como tal- que deben proporcionar las coberturas médicas para facilitar la permanencia de la PCD en el ámbito donde elija vivir; garantizar su acceso al trabajo, educación y rehabilitación; y facilitar su autonomía e integración social.

Transversalmente, las prestaciones y servicios dispuestos en la ley 24.901 tienen el propósito explícito de brindar herramientas para la vida cotidiana, la independencia y el auto-valimiento de las PCD. No obstante, según el análisis efectuado es posible afirmar que, de manera tácita, esta ley traza un recorrido para las PCD que conecta a las instituciones entre sí, en el cual predomina la mirada rehabilitadora centrada en lo biomédico, lo individual y lo terapéutico asistencial que anula o desestima otras áreas de la vida social.

Las leyes del nuevo milenio no agregan modificaciones sustanciales a las prestaciones y servicios ni reglamentan nuevos tipos o modalidades institucionales. Si bien la adhesión a la Convención mediante la ley 26.378 supone el inicio de un proceso de revisión de este tipo de instituciones, no se cuestionó la continuidad de instituciones cuyo funcionamiento no se ajusta a sus pautas.

En las leyes bajo estudio, la definición de la discapacidad y el procedimiento para su certificación está delimitada por lineamientos de los modelos Rehabilitador y Biopsicosocial. Al respaldarse en estas perspectivas, la normativa suscita una asociación entre la discapacidad, la enfermedad, el déficit y la patología, y reposa en el individuo el deber de normalizarse, alcanzar un determinado nivel psicofísico y recuperar sus capacidades al máximo, en pos de lograr su integración social (Palermo, 2018).

### ***5. Categorización, organización y funcionamiento de prestadores de servicios para personas con discapacidad***

Entre 1998 y 2013 se publicaron normativas complementarias al marco legal analizado que detallan procedimientos para la categorización, el funcionamiento y el monitoreo de los prestadores de servicios para PCD. La ley 24.901, reglamentada por el decreto 1193/98, presenta la operatoria del Registro Nacional de Prestadores del Sistema Único de Prestaciones (en adelante, Registro Nacional de Prestadores), del Registro Nacional de Personas con Discapacidad (en adelante, Registro Nacional de PCD) y del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (en adelante, Nomenclador). Al respecto, establece que:

- 1) el Servicio Nacional de Rehabilitación delimitará los requisitos de inscripción y permanencia en el Registro Nacional de Prestadores, al cual serán incorporados los prestadores que cumplan con la normativa vigente.
- 2) el Certificado de Discapacidad se otorgará tras la evaluación de un equipo interdisciplinario que deberá informar el diagnóstico funcional y la orientación prestacional. Las personas que cuenten con dicho certificado serán incorporadas al Registro Nacional de PCD, en pos de acceder a las prestaciones básicas de acuerdo a la cobertura correspondiente.
- 3) la Superintendencia de Servicios de Salud supervisará y fiscalizará la implementación del Nomenclador de Prestaciones Básicas en los prestadores incorporados al Registro Nacional.

Al año siguiente, la resolución 428/1999 aprobó el Nomenclador para proveedores de servicios inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores. Este instrumento tiene como objetivo categorizar las prestaciones que deben ser ofrecidas y estandarizar sus tarifas. Con ello, busca garantizar que las PCD con CUD tengan acceso a un conjunto básico y obligatorio de servicios proporcionados por el sistema de salud. Es pertinente resaltar que con la puesta en funcionamiento del Nomenclador se registraron reclamos tanto desde las PCD como desde los prestadores. Las primeras, relacionadas con el incumplimiento en las prestaciones que deben garantizar las obras sociales y prepagas (Venturiello, 2016). Las

segundas, relativas al financiamiento, el pago y cumplimiento de las prestaciones (Venturiello, Palermo y Tiseyra, 2021): sumado a que los valores establecidos en la resolución se actualizan esporádicamente por decreto, el bajo porcentaje de aumento y el desajuste o retraso en el pago a los prestadores ocasiona conflictos y reclamos por parte de quienes brindan servicios (SAP, 2022).

A su vez, la resolución provee lineamientos específicos para cada módulo de atención. En la Tabla 2 se detallan las prestaciones institucionales que ofrece cada módulo, la población a la cual están dirigidas y las patologías contempladas para la atención.

Tabla 2. Módulos de atención de la resolución 428/1999.

| Módulo de atención                                                                                                                         | Población destinataria                                                                                                                                                                                                     | Patologías especificadas                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hospital de Día</b><br>Clínicas, sanatorios o centros de Rehabilitación. Hospitales con servicios de rehabilitación                     | Pacientes con todo tipo de discapacidades físicas (motoras y sensoriales)                                                                                                                                                  | Las previstas en la CIDDMM                                                                                            |
| <b>Centro de Día</b>                                                                                                                       | Personas con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitadas de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida                                                                               | No especifica                                                                                                         |
| <b>Centro Educativo Terapéutico</b>                                                                                                        | Personas con discapacidad mental que tengan entre 4 y 24 años de edad, cuya discapacidad no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático                                                             | Psicóticos, autistas, lesionados neurológicos, parálisis cerebrales, multidiscapacitados                              |
| <b>Estimulación Temprana</b>                                                                                                               | Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años                                                                                                                                   | No especifica                                                                                                         |
| <b>Educativas</b><br>Escuelas de educación especial y/o de educación común, en los casos que la integración escolar sea posible e indicada | Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel                                                                                   | Niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales o motores con o sin compromiso intelectual |
| <b>Internación en Rehabilitación</b>                                                                                                       | Pacientes en etapa subaguda de su enfermedad discapacitante que hayan superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado                         | Las previstas en la CIDDMM                                                                                            |
| <b>Hogar</b><br>Modalidad de alojamiento permanente                                                                                        | Personas de similar tipo y grado de discapacidad, cuyo nivel de autovalimiento e independencia requieran un alto grado de asistencia y protección                                                                          | No especifica                                                                                                         |
| <b>Residencia</b><br>Casas o departamentos con capacidad entre 8 y 10 personas                                                             | Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad | No especifica                                                                                                         |
| <b>Pequeño hogar</b><br>Unidad habitacional con capacidad variable entre 12 y 15 niños y adolescentes                                      | Niños y adolescentes discapacitados entre 3 y 21 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema                                                               | No especifica                                                                                                         |

Al analizar los módulos se observa que, aunque la resolución menciona la CIDDMM y, en consecuencia, incorpora el Modelo Biopsicosocial como marco de referencia para definir las patologías asociadas a cada módulo de atención, persisten elementos del Modelo Rehabilitador al sostener la asociación entre discapacidad y patologías, y al

atribuir la imposibilidad de realizar actividades o participar en determinadas instituciones a la propia discapacidad.

Siguiendo el mismo enfoque, la Resolución 47/2001 contiene las Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación y detalla el procedimiento de clasificación de prestadores de acuerdo a los recursos humanos requeridos, las características de la planta física, el equipamiento y las normas de funcionamiento. Posteriormente, la Resolución 1328/2006 introduce modificaciones en el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, y anuncia su incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica<sup>11</sup>. Allí se describen las características y alcances de las prestaciones de rehabilitación, terapéutico-educativas, educativas y asistenciales para PCD, y se incorporan las condiciones esperadas para promover el egreso de cada servicio. Tras sistematizarlos, la Tabla 3 detalla sus objetivos, la población a la cual están dirigidos, los sistemas clasificadores empleados y las condiciones de egreso esperadas.

---

<sup>11</sup> Este Programa fue creado en el año 1992, con el objetivo de asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica.

**Tabla 3. Servicios para PCD definidas en la Resolución 1328/2006.**

| Servicio                                                                  | Objetivo                                                                                                                                                                                                                               | Población destinataria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mención a sistemas clasificadores                                                                                                                                                  | Condición de egreso                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Taller Protegido de Producción</b>                                     | Buscar la inserción social de las PCD de acuerdo a sus aptitudes, intereses y posibilidades                                                                                                                                            | Trabajadores con discapacidad cuya patología y edad no les permita desempeñar tareas competitivas o independientes                                                                                                                                                                                                                                              | No especifica                                                                                                                                                                      | Contar con otro tipo de actividad laboral                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Taller Protegido Terapéutico</b>                                       | Promover la integración social a través de actividades de adaptación y capacitación laboral                                                                                                                                            | Personas discapacitadas mentales con alteraciones de la conducta o la personalidad. Ingresan como parte del tratamiento psiquiátrico prescripto                                                                                                                                                                                                                 | No especifica                                                                                                                                                                      | Finalizar el proceso de capacitación laboral o encontrarse en condiciones de integrarse al mercado laboral competitivo                                                                                                                                     |
| <b>Centro de Día</b>                                                      | Brindar contención y posibilitar el desempeño en la vida cotidiana. Lograr la máxima independencia, adquirir hábitos para la integración social, desarrollar actividades ocupacionales y participar en programas de acción comunitaria | Personas de 14 años de edad o más que, por el nivel severo o profundo de su discapacidad, no estén en condiciones de beneficiarse de programas de educación y/o rehabilitación, o acceder a escolaridad, capacitación o ubicación laboral.<br><br>Condición: haber asistido a servicios de Estimulación Temprana o Centros Educativos Terapéuticos, entre otros | Perspectiva Biopsicosocial como criterio para el diagnóstico funcional de las personas junto a la evaluación de sus aptitudes, intereses y posibilidades                           | Alcanzar niveles de desarrollo que permitan asistir a otros servicios; cumplir el plan del Centro de Día; imposibilidad de permanecer en el servicio por condiciones psico-físicas o socio-familiares                                                      |
| <b>Centro Educativo Terapéutico (CET)</b>                                 | Incorporar conocimiento y aprendizaje mediante enfoques y metodologías terapéuticas                                                                                                                                                    | Personas con discapacidad de entre 6 y 25 años con déficit mental que presenten restricciones en la capacidad de auto-valimiento, manejo del entorno y de relaciones interpersonales, comunicación, cognición y aprendizaje                                                                                                                                     | Los beneficiarios se agrupan en categorías definidas a partir del tipo de discapacidad certificado. Los diagnósticos admitidos son delimitados según criterios del DSM-IV y CIE-10 | Adquirir el nivel de desarrollo que permita el acceso a otros servicios educativos y/o laborales o su reinserción familiar y comunitaria, o haberse modificado sus condiciones psico-físico de modo tal que no sea posible su continuidad en este servicio |
| <b>Centro de Rehabilitación para personas con discapacidades visuales</b> | Brindar rehabilitación funcional para la adquisición y restauración de aptitudes, intereses y posibilidades, con el objeto de lograr la más adecuada integración social                                                                | Personas con deficiencia moderada a profunda del órgano de la visión o que luego, de tratamientos médicos o quirúrgicos y una vez efectuada la mayor corrección óptica, presenten dificultades para las actividades de la vida diaria, actividades laborales o educativas.                                                                                      | No especifica                                                                                                                                                                      | Se estima que con una frecuencia de tratamiento y de acuerdo con las características especiales de cada paciente la duración será de doce meses                                                                                                            |
| <b>Servicio para PCD sin familia o hábitat</b>                            | Promover y mantener a las personas con discapacidad dentro de su ámbito natural, que es la familia. Garantizar la integración social de cada persona en la comunidad                                                                   | Personas con imposibilidad de valerse por sus propios medios en forma independiente, con situaciones que dificultan su atención por parte de la familia                                                                                                                                                                                                         | No especifica                                                                                                                                                                      | No especifica                                                                                                                                                                                                                                              |

Al examinar los lineamientos para la gestión de servicios y prestaciones en este conjunto de resoluciones se advierte que, aunque no replican la perspectiva Rehabilitadora que predominaba en las leyes de los años '80, se centran exclusivamente en la perspectiva Biopsicosocial. La definición de la discapacidad que proponen permanece centrada en el individuo y en el déficit y define un abanico de servicios, prestaciones e instituciones para cada etapa vital de las PCD. En cuanto

al ingreso a cada servicio, se encuentra condicionado por un diagnóstico o patología explicitada en el CUD. Aunque tienen el propósito de brindar herramientas para la vida cotidiana, la independencia y el auto-valimiento, las resoluciones configuran un itinerario o un recorrido según cual el egreso de un servicio está vinculado al posterior ingreso a otro servicio. Se registra, además, la intención de incorporar la perspectiva de Derechos Humanos, lo cual se refleja en la consideración de los intereses, las preferencias y posibilidades de cada persona. Sin embargo, esta disposición queda limitada y condicionada por los diagnósticos precisos mediante los cuales se califica y clasifica a la población y por el ámbito de la salud, al cual están circunscriptos.

## ***6. Tensión entre sentidos sobre la autonomía y la capacidad***

En el plano del derecho la noción de autonomía alude al principio de inviolabilidad de la persona, a la posibilidad de llevar a cabo planes de vida elegidos libremente y a la autoridad para la toma de decisiones (Rodríguez, 2012; Wilker, 2010). La publicación de la Convención implica un nuevo paradigma en relación a la autonomía de las PCD, principalmente por incorporar una cláusula de igualdad en el ámbito de la capacidad jurídica y explicitar la necesidad de garantizar apoyos en caso de ser requeridos. No obstante, aunque el sistema de apoyos es uno de los principales aportes de la Convención, el documento no brinda precisiones sobre su implementación (Urbina, 2018), quedando ésta a criterio de la regulación interna de cada país. Consecuentemente, la aplicación de este sistema en Argentina está condicionada por diversas dificultades, que se manifiestan, por ejemplo, en omisiones y contradicciones en la normativa vigente. De hecho, tras haber adherido a la Convención mediante la ley 26.378, el Estado debería promover la vida autónoma de las PCD en pos de reconocer sus derechos en igualdad de condiciones que el resto de la población. Sin embargo, en el ámbito de la jurisprudencia local, Seda (2017) advierte que la Convención no impulsó cambios sustanciales ni se constituyó como un eje vertebrador en la reivindicación de derechos.

En Argentina, el Código Civil presenta el cuerpo normativo de materia civil a nivel nacional y regula los aspectos sobre la capacidad o incapacidad de las personas en

cuanto a sus actos cívicos. Aprobado por la ley 340 en el año 1869, categorizaba a las personas desde una perspectiva médica que hacía uso del binomio capaz/incapaz y procuraba un sistema de sustitución de la voluntad, de representación o de curatela para aquellas personas inhabilitadas (Urbina, 2018). De ese modo, el Código establecía que las personas de existencia visible son los entes que presentan signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes (artículo 51) y que son capaces de adquirir derechos o contraer obligaciones (artículo 52), mientras que las personas declaradas incapaces quedan eximidas de ese atributo. Podían ser declaradas incapaces las personas por nacer, los menores impúberes, los dementes y los sordomudos “que no saben darse a entender por escrito” (artículo 54)<sup>12</sup>. Esta ley establecía que las personas incapaces podían contraer obligaciones o adquirir derechos por medio de representantes: en el caso de ‘los dementes’ o ‘los sordomudos’, eran representados en todo acto de vida civil por personas con el rol de curadores.

En el año 2015, con la sanción de la ley 26.994, entró en vigencia el Código Civil y Comercial de la Nación<sup>13</sup>, incorporando reformas en los tópicos de interés, tales como la presunción de la capacidad general de ejercicio de la persona humana y el carácter excepcional de sus limitaciones (artículo 31). El libro primero anuncia que, aunque toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos, la ley puede privar o limitar esa capacidad. Para ello, se establecen las siguientes limitantes: la persona por nacer, la que no cuenta con edad y grado de madurez suficiente y quienes, por sentencia jurídica, son declarados con capacidad restringida (artículo 24). Si se estima que el ejercicio de la plena capacidad por parte de una persona mayor de 13 años que padece una adicción o una alteración mental

---

<sup>12</sup> La incapacidad por demencia se declaraba en personas que a causa de enfermedades mentales no tenían aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes (artículo 141), luego de un examen realizado por facultativos y ratificada por un juez competente (artículo 140). En las personas sordomudas, se restringía a aquellas que no pudieran darse a entender por escrito.

<sup>13</sup> Cabe aclarar que el Código de Comercio fue aprobado por la ley 15 de 1862. Ambos, el Civil y el Comercial, fueron unificados en la reforma constitucional realizada en el año 1994. En el año 2015, se efectuó una reforma y se sancionó el Nuevo Código Civil y Comercial.

permanente o prolongada de suficiente gravedad, puede resultar en un daño a su persona o a sus bienes, un juez puede restringir su capacidad (artículo 32).

La sentencia de incapacidad contiene el dictamen de un equipo interdisciplinario que pronuncia, entre otros aspectos, el diagnóstico y los recursos personales, familiares y sociales existentes, y la propuesta de un régimen que garantice la protección, asistencia y promoción de la mayor autonomía posible (artículo 37). Asimismo, debe especificar la extensión y alcance de la restricción y las funciones y actos que se encuentran limitados, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible (artículo 38). En correlación a ello, el juez determina qué actos y funciones requieren la asistencia de uno o varios apoyos, y cuáles la representación de un curador (artículo 34). El Código define a los apoyos como cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona la toma de decisiones, la administración de sus bienes y la celebración de actos jurídicos en general, y enuncia que éstos deben promover la autonomía, facilitar la comunicación y la comprensión y favorecer decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida (artículo 43). No obstante, y a modo excepcional, cuando la persona se encuentra imposibilitada de interactuar con el entorno o expresar su voluntad, y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede designar un curador. La primera se encuentra asociada a la capacidad jurídica restringida, la segunda, a la incapacidad.

199

Según diversos estudios (Sorgi Rosenthal, 2017; Urbina, 2018), al incorporar el modelo de apoyos para la toma de decisiones en detrimento de una estrategia sustitutiva de la voluntad de la persona, estas reformas atienden a los lineamientos sobre la autonomía presentes en la Convención. Sin embargo, éstas cuentan con numerosas imprecisiones y tensiones conceptuales implícitas sobre su implementación.

La Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), en sus objeciones al acceso a la justicia propuesto en las reformas del Código Civil, sugiere que el “cambio terminológico que reemplaza ‘incapaces de ejercicio’ por ‘capacidad restringida de ejercicio’ es simplemente eso: una modificación en la etiqueta,

manteniéndose los efectos” (REDI, 2013, p. 4). También propone que se modifique el contenido y el procedimiento, ya que la regulación conjunta de las figuras de apoyo y curatela resulta contradictoria: el acceso a la primera constituye un derecho enmarcado en los lineamientos de la Convención, mientras que el acceso a la segunda implica un proceso inquisitivo que requiere de restricciones y derecho de defensa enmarcado en un procedimiento clásico de incapacidad. Por otro lado, se ha detectado que algunas sentencias poseen imprecisiones en la determinación de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica y que replican aspectos del modelo tutelar, al combinar la designación de curadores y apoyos en una misma persona para diferentes funciones o unificar la función de representación y apoyo en la figura del curador (Iglesias Frecha, 2019).

Uno de los argumentos centrales para negar la libertad de decisión constituye el presunto peligro que representan para sí y para los demás –tal como lo anuncia el Código Civil–. Al respecto, vale recuperar el planteo de Daniel Wilker (2010) según el cual cualquier persona puede implicar riesgos o peligros para sus intereses y, a pesar de ello, cuentan con la libertad de tomar sus propias decisiones. Entonces, más que en el peligro o la amenaza, la justificación de la restricción recae exclusivamente en la discapacidad mental. En una línea similar, de acuerdo a REDI (2013), estas cuestiones derivan de la permanencia del binomio capacidad/incapacidad, por lo que proponen establecer la regulación del sistema de apoyos para la toma de decisiones autónomas en ejercicio de la capacidad jurídica y eliminar definitivamente la figura de curatela y los sistemas sustitutivos de la decisión.

Según la teoría de Axel Honneth (1997), un sujeto reconocido jurídicamente puede pensarse como una persona que, comparte con otras personas facultades que la hacen capaz de participar en la formación discursiva de la voluntad; y, a la vez, puede referirse a sí misma positiva y moralmente responsable. La contracara de este proceso consiste en el menosprecio que resulta en exclusión social por desposesión de derechos, donde la persona ve limitada su autonomía personal y deja de ser reconocida como alguien capaz de formar juicios morales. Para José Añón (2009), la igualdad en derechos supone “gozar igualmente, por parte de los ciudadanos, de algunos derechos fundamentales constitucionalmente garantizados” (p. 296).

Complementando esta lectura con los aportes de Frances Olsen (2009), se observa que la igualdad en derechos no se reduce a la identidad o la homogeneidad, sino que contiene elementos diferenciadores. El concepto de discriminación jurídica, sobre el cual reflexionan ambos autores, refleja cómo ciertas desigualdades producen efectos de exclusión. Sostener leyes que implícita o explícitamente reglamentan criterios para limitar la capacidad jurídica de las personas y su pleno acceso a derechos, constituye un acto discriminatorio o, en términos de Honneth, una situación de menosprecio que se traduce en inferioridad jurídica: al negarle a alguien un derecho, se declara que no se lo considera responsable moralmente como a los demás miembros de la sociedad.

## **7. Conclusiones**

Esta investigación se propuso examinar la evolución del marco legal sobre discapacidad en Argentina entre 1981 y 2023, poniendo de relieve sus tensiones, contradicciones y ambigüedades. El conjunto de normativas analizadas, indisociables del contexto social, político y económico –tanto a nivel nacional como internacional– configuran un doble proceso en el cual se reproduce la opresión, las desigualdades y la exclusión de las PCD, al tiempo que se impulsan iniciativas que buscan la incorporación progresiva de lineamientos en materia de derechos humanos.

El corpus de leyes, decretos y resoluciones examinado refiere a la definición y certificación de la discapacidad, a los servicios, prestaciones e instituciones específicas para esta población y a la posibilidad de declarar la incapacidad jurídica o capacidad restringida. Aunque se trata de un recorte que no agota la complejidad del tema, este recorrido por la normativa resulta útil para reflexionar sobre el modo en que las PCD son reconocidas en y ante la ley y para identificar desafíos que persisten en la garantía de sus derechos.

En principio, al indagar en la injerencia de los modelos interpretativos, se señala la preeminencia del Modelo Rehabilitador en las normativas a lo largo del tiempo: en la ley 22.431 se observa que para poder establecer la equivalencia con el resto de la población, las PCD deben rehabilitarse y desarrollar capacidades y neutralizar la

desventaja que provoca la discapacidad para desempeñar en la comunidad roles semejantes a los que ejercen las personas normales. Cuando delimita los criterios que el Estado debe emplear para clasificar a la población y certificar a la discapacidad, impera un fuerte sesgo biomédico que se inscribe en la centralidad de la deficiencia y la patología, nombrada de acuerdo a códigos de enfermedad, aislada y focalizada en el individuo y que no considera los aspectos sociales que la constituyen. Esta perspectiva se mantiene en las posteriores leyes 24.901 y 23.660, que regulan las prestaciones y servicios que deben ser brindados por las obras sociales a las PCD, focalizándose en el campo de la salud. Aunque la ley 26.378 incorpora la Convención en el marco legal y su correlativa definición de la discapacidad, aún no desplaza el encuadre rehabilitador tanto para la definición de discapacidad, los criterios de su certificación y los lineamientos de gestión de servicios y prestaciones. En suma, luego del relevamiento efectuado es posible afirmar que el Modelo Rehabilitador, aunque relativamente matizado por el Biopsicosocial y el de Derechos Humanos, predomina en el corpus que determina las necesidades y demandas de las PCD reconocidas y consideradas legítimas, las que luego se traducen en derechos.

Por otro lado, dentro de la normativa se abordó un conjunto de leyes y decretos que refiere a la gestión de prestaciones y servicios para PCD. Al respecto cabe destacar que, pese a la notoriedad de la mención de la independencia y el auto-valimiento de las personas y la incorporación de las clasificaciones del Modelo Biopsicosocial, continúa definiéndose a la discapacidad en términos de déficit centrado en el individuo. Así, la normativa refuerza la interpretación de que el campo de la salud es el ámbito al que le corresponde atender las necesidades de las PCD; por tanto, establece un recorrido institucional en el cual predomina la mirada rehabilitadora con foco en lo terapéutico asistencial que no contempla la relevancia de otras áreas de la vida.

Finalmente, al rastrear el sentido transversal que la autonomía adquiere en las normativas analizadas se constató que es preponderante su asociación con la capacidad de juicio y el auto-valimiento, donde aún persiste la posibilidad de declarar la incapacidad jurídica, ocasionando una situación de desventaja para las

PCD. En ese marco, las formas de definir la capacidad y la discapacidad, en lugar de tender a la modificación del orden social que genera desigualdad y opresión, terminan profundizando la segmentación entre grupos, las atribuciones estigmatizantes, el menosprecio y la exclusión.

### *¿Cómo se cita este artículo?*

PALERMO, M. C. (2025). Modelos interpretativos de la discapacidad y formas de autonomía de las personas con discapacidad en la normativa nacional argentina. *Argumentos. Revista de crítica social*, (31), 172-213. [link]

### *Referencias bibliográficas*

Acuña, C. H. y Bulit Goñi, L. (Comps.). (2010). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina*. Siglo Veintiuno.

Albrecht, G., Seelman, K. y Bury, M. (2001). *Handbook of Disability Studies*. Sage.

Almeida, M. E. y Angelino, M. A. (Comps.). (2012). *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Universidad Nacional de Entre Ríos.

Añón, M. J. (2009). Igualdad, diferencia, discriminación. En R. Ávila Santamaría, J. Salgado y L. Valladares (Eds.), *El género en el derecho. Ensayos críticos*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Bregain, G. (2012). Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En L. Pantano (Comp.), *Discapacidad e investigación. Aportes desde la práctica*. EDUCA.

Chudnovsky, M. y Potenza Dal Masetto, F. (2010). Luces y sombras de las organizaciones sociales y su relación con el Estado. En C. Acuña y L. Bulit Goñi (Comps.), *Políticas sobre discapacidad en Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Siglo Veintiuno.

Danel, P. M. (2019). Discapacidad y matriz colonial: el caso de las políticas públicas de discapacidad en Argentina. En A. Yarza de los Ríos, L. M. Sosa y B. Pérez Ramírez (Coords.), *Estudios críticos en discapacidad. Una polifonía desde América Latina*. CLACSO.

Dell'Anno, A., Corbacho, M. y Serrat, M. (Comps.). (2004). *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad*. Editorial Espacio.

Dell'Anno, A. (2012). Perspectivas Sociales de la Discapacidad. En M. A. Angelino y M. E. Almeida (Comps.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 11-26). Universidad Nacional de Entre Ríos.

Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2005). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*.  
[http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion\\_oms.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf)

Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a las personas con discapacidad. En C. H. Acuña y L. G. Bulit Goñi, (Comps.), *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina* (pp. 73-124). Siglo Veintiuno.

Ferrante, C. (2008). Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al hábitus de la discapacidad en Argentina. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(1), 173-185.  
<http://www.intersticios.es/article/view/2352/1898>

Ferrante, C. (2009). Cuerpo, discapacidad y violencia simbólica: un acercamiento a la experiencia de la discapacidad motriz como relación de dominación encarnada. *Boletín Onteaiken*, (8), 17-34. <http://onteaiken.com.ar/ver/boletin8/1-2.pdf>

Ferrante, C. (2012). El campo del deporte adaptado como escuela de moralidad: "lo importante es no ser rengo de la cabeza". Sobre la experiencia de la discapacidad motriz adquirida a partir de la práctica deportiva en un contexto neo-colonial y dependiente. En M. E. Almeida M. A. y Angelino (Comps.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 99-106). Universidad Nacional de Entre Ríos.

Ferrante, C. (2013). Cuerpo, deporte y discapacidad motriz en la Ciudad de Buenos Aires. Tensiones entre la reproducción y el cuestionamiento a la dominación. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 159-178.

Ferrante, C. (2015). Política de los cuerpos, discapacidad y capitalismo en América Latina. La vigencia de la tragedia médica personal. *Revista Inclusiones*, 33 – 53.  
[https://www.researchgate.net/publication/292145216\\_Políticas\\_de\\_los\\_cuerpos\\_discapacidad\\_y\\_capitalismo\\_en\\_America\\_Latina\\_La\\_vigencia\\_de\\_la\\_tragedia\\_medica\\_personal](https://www.researchgate.net/publication/292145216_Políticas_de_los_cuerpos_discapacidad_y_capitalismo_en_America_Latina_La_vigencia_de_la_tragedia_medica_personal)

Ferreira, M. y Rodríguez Caamaño, M. (2006). Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica crítica. *Nómaditas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1), 243-249.  
<http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0606120243A>

Goodley, D. (2017). *Disability studies: an interdisciplinary introduction*. SAGE.

Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Crítica.

Iglesias Frecha, J. M. (2019). Capacidad jurídica y acceso a la justicia de las personas con discapacidad en Argentina. *Revista Española de Discapacidad*, 7(2), 79-101.  
<https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.05>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. Resultados definitivos*.  
[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf)

Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, (51), 17-22.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9- 32.

Míguez Passada, M. N. (2014). Discapacidad como construcción social en Francia y Uruguay. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), 61 – 70.

Oliver, M. (1990). *The individual and social models of disability*. Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians.  
<https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-in-soc-dis.pdf>

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Morata.

Oliver, M. (2008). Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas. En L. Barton (Comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. Morata.

Oliver, M. y Barnes, C. (2012). *The new politics of disablement*. Palgrave Macmillan.

Olsen, F. (2009). El sexo del derecho. En R. Ávila Santamaría, J. Salgado y L. Valladares (Eds.), *El género en el derecho. Ensayos críticos*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. CIE-10.  
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*.  
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/dpbe19992c.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. CIF.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

[https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crpd\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crpd_SP.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Observación general N° 1 (2014)*.  
<http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Observación general N° 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*.  
<https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/5>

Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Observación general N° 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación*. <https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/6>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi.

Palermo, M. C. (2018). *La construcción de sentidos en torno a la discapacidad en las prácticas cotidianas de profesores en una Colonia Municipal Especial (Conurbano Norte, Provincia de Buenos Aires)* (Tesis de maestría). Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín.

Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2013). Proyecto de Reforma y Unificación de los Códigos Civil y Comercial de la Nación. REDI.

Rodríguez, M. (2012). *Tramas de la prostitución y la trata con fines de explotación sexual. Documento de trabajo* (Documentos de trabajo N° 84). CIEPP.

Rosato, A. y Angelino, A. (2009a). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, docencia y tecnología*, 20(39), 87–105.

Rosato, A. y Angelino, A. (Coords.) (2009b). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Noveduc.

Seda, J. (2017). *Discapacidad y derechos. Impacto de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Jusbaire.

Shakespeare, T. (2006). The social model of disability. En L. J. Davis (Ed.), *Disability Studies Reader* (pp. 197-205). Routledge.

Sociedad Argentina de Pediatría. (2022). *Dificultades en el pago y cobertura de las prestaciones de discapacidad: sus consecuencias*. SAP.

Sorgi Rosenthal, M. (2017). Capacidad jurídica de las personas con discapacidad en el código civil y comercial. *Derechos en Acción*, (4).  
<https://doi.org/10.24215/25251678e058>

Union of the Physically Impaired Against Segregation. (1974). *Policy Statement*. UPIAS.  
<https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-UPIAS.pdf>

Urbina, P. A. (2018). Los sistemas de apoyo como facilitadores del ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. *Revista Código Civil y Comercial*, (44). AR/DOC/1210/2018.

Vallejos, I. (2012). Entre focalización y universalidad de las políticas en discapacidad: el enfoque de derechos. En M. E. Almeida y M. A. Angelino (Comps.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 201-209). Universidad Nacional de Entre Ríos.

Venturiello, M. P. (2016). *La trama social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana*. Biblos.

Venturiello, M. P., Palermo, M. C. y Tiseyra, M. V. (2021). La discapacidad bajo sospecha: políticas públicas en discapacidad en la Argentina durante el período 2016-2019. *Revista Argentina de Sociología*, 16(27) 28-44.

Wilker, D. (2010). Cognitive disability, paternalism, and the global burden of disease. En E. Feder Kittay y L. Carlson (Eds.), *Cognitive disability and its challenge to moral philosophy*. (pp. 183-199). Blackwell.

Yarza de los Ríos, A., Angelino, A., Ferrante, C., Almeida, M. E. y Míguez Passada, M. N. (2019). Ideología de la normalidad: un concepto para comprender la discapacidad desde América Latina. En A. Yarza de los Ríos, L. M. Sosa y B. Pérez Ramirez (Coords.), *Estudios críticos en discapacidad. Una polifonía desde América Latina*. CLACSO.

***Leyes consultadas:***

Ley 15. Código Nacional de Comercio. 10 de septiembre de 1862. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=48527>

Ley 340. Código Civil. 25 de septiembre de 1869. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=109481>

Ley N° 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados. 16 de marzo de 1981. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20620>

Ley N° 24.147. Talleres protegidos de producción. Habilitación, registro, funcionamiento, financiamiento y supervisión. Régimen laboral especial. Régimen especial de jubilaciones y pensiones. 29 de septiembre de 1992. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/545/norma.htm>

Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. 5 de noviembre de 1997. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

Ley 25.504. Modificación de la ley 22.431 Ministerio de Salud de la Nación expedirá el Certificado Único de Discapacidad. 14 de noviembre de 2001. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70726/norma.htm>

Ley 26.378. Convenciones. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. 21 de mayo de 2008. Argentina.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/141317/texto>

Ley 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. 1 de octubre de 2014. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>

Ley 27.044. Jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 9 de noviembre de 2014. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239860/norma.htm>

Ley 27.711. Certificado Único de Discapacidad. 2 de mayo de 2023. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=382944>

#### ***Decretos consultados:***

Decreto 489/83. Sistema de protección integral de los discapacitados. Reglamentación de la ley 22.431. 1 de marzo de 1983. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37435/norma.htm>

Decreto 1193/98. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Reglamentación de la Ley N° 24.901. 8 de octubre de 1998. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/53566/norma.htm>

Decreto DNU 698/2017. Agencia Nacional de Discapacidad e Instituto Nacional de las Mujeres. Creación. 5 de septiembre de 2017. Argentina.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=279040>

#### ***Códigos consultados:***

Código Civil y Comercial de la Nación. (2015). Argentina

***Resoluciones consultadas:***

Resolución 428/1999. Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Normativa General. Niveles de atención y tratamiento. 23 de junio de 1999. Argentina.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=62835>

Resolución 47/2001. Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación. 15 de enero de 2001. Argentina.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/65879/norma.htm>

Resolución 1328/2006. Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad. 11 de septiembre de 2006.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verVinculos.do;jsessionid=EF067AC131157F4FCE72D83E89E694A8?modo=1&id=305330>

Resolución 2/2013. Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Normas de procedimiento de categorización de prestadores de servicios de atención a personas con discapacidad. 30 de enero de 2013. Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2-2013-208471>

211