

Esta norma fue consultada a través de InfoLEG, base de datos del Centro de Documentación e Información, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

**Ministerio de Salud**

**SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**Resolución 558/2016**

**Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Modificación.**

Bs. As., 02/05/2016

VISTO el expediente N° 1-2002-4300021209/15-5 del registro del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN las Leyes Nros. 22.431 del 20 de marzo de 1981 y 24.901 del 5 de diciembre de 1997; los Decretos Nros. 762 del 14 de agosto de 1997, 1193 del 14 de octubre de 1998 y 627 del 5 de mayo de 2010 y la Resolución N° 675 del MINISTERIO DE SALUD del 12 de mayo de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 3° de la Ley N° 22.431, en su parte pertinente, establece que el MINISTERIO DE SALUD certificará, en cada caso, la existencia de la discapacidad y que el certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Que el artículo 10 de la Ley N° 24.901 determina que a los efectos de la mencionada ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3° de la Ley N° 22.431 y por leyes provinciales análogas.

Que el artículo 4° del Decreto N° 762/1997 dispone que el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (SNR), organismo descentralizado de este Ministerio, resulta responsable del REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD cuya finalidad es registrar a quienes poseen el CUD.

Que el artículo 10 del Anexo I del Decreto N° 1193/98 determina que el certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación del beneficiario por un equipo Interdisciplinario que se constituirá a tal fin y comprenderá el diagnóstico funcional y la orientación prestacional, información que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Que, además, en el mencionado Registro se consignan los datos obtenidos por la Junta Evaluadora Interdisciplinaria al completar, al momento de la evaluación de quien solicita un CUD, el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad aprobado a través de la Resolución N° 675/2009 de este Ministerio.

Que en atención a la incorporación en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de nuevas categorías en infancia y adolescencia, y las modificaciones en la normativas dictadas por el SNR que establecen los criterios de valoración de la discapacidad, resulta necesario proceder a la modificación del citado Protocolo de

Evaluación y Certificación de la Discapacidad.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

**Artículo 1°** — Modifícase el PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD que fuera aprobado mediante Resolución N° 675 del MINISTERIO DE SALUD del 12 de mayo de 2009, cuyo modelo como ANEXO I forma parte integrante de la presente.

**Art. 2°** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Jorge D. Lemus.

### ANEXO I

#### PROTOCOLO DE EVALUACION Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

EXPEDIDO POR:									
Junta Evaluadora:							Código de Junta:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:									
T I P O	DNI	L.E.	L.C.	C.I.	PAS.	Número:			
	Policía:		País:						
1. CONDICIÓN DE SALUD (Secuela y etiología)									
							Código CIE-10		



8. ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN																					
	N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d199)	d1							d1							d1						
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2							d2							d2						
Comunicación (d310 a d399)	d3							d3							d3						
Movilidad, locomoción, disposición del cuerpo, destreza (d410 a d499)	d4							d4							d4						
Autocuidado (d510 a d599)	d5							d5							d5						
Vida doméstica (d610 a d699)	d6							d6							d6						
Interacciones y demandas interpersonales (d710 a d799)	d7							d7							d7						
Áreas principales de la vida diaria (d810 a d899)	d8							d8							d8						
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9							d9							d9						

9. FACTORES AMBIENTALES																	
	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1						e1						e1				
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2						e2						e2				
Apoyo y relaciones (e310 a e399)	e3						e3						e3				
Actitudes (e410 a e499)	e4						e4						e4				
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5						e5						e5				

10. TIPO DE DISCAPACIDAD									
<input type="checkbox"/> Física Motora	<input type="checkbox"/> Física Visceral	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Intelectual						
<input type="checkbox"/> Sensorial Auditiva	<input type="checkbox"/> Sensorial Visual								

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

12. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL (LEY 24.901)									
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO	<input type="checkbox"/>	HOGAR	<input type="checkbox"/>				
PRESTACIONES EDUCATIVAS (INICIAL/EGB)	<input type="checkbox"/>	CENTRO DE DÍA	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>				
FORMACIÓN/APRESTAMIENTO LABORAL Y/O PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/>	PEQUEÑO HOGAR	<input type="checkbox"/>				
SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	CENTRO DE REHABILITACIÓN PERS. DESCAPACIDAD VISUAL	<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA DOMICILIARIA	<input type="checkbox"/>				
				TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>				

13. ACOMPAÑANTE	
La franquicia es extensiva a un acompañante (art. 22 inciso a, Ley 22.431)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

14. VALIDEZ DEL CERTIFICADO					
Este documento tiene validez por un período de	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> </tr> </table>			Año	Mes
Año	Mes				
	luego del cual el interesado debe ser reevaluado				

**15. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN**

--

*Ciudad*

--

*Día*

--

*Mes*

--	--

*Año*

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>