



“LA REHABILITACIÓN COMO DERECHO DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD”

Tesina de grado para la Licenciatura en Trabajo Social

Tesista: Ivana C. Mercado García

Directora: Mgter. Eliana Lázzaro

Co-directora: Lic. Estela Maris del Pozzi

Mendoza, 2014

INTRODUCCIÓN.....	4
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	6
CAPÍTULO I: “Discapacidad a lo largo de la historia”.....	7
CAPÍTULO II: “Modelos teóricos que fundamentan la discapacidad”.....	11
1. Concepto de persona en situación de discapacidad.....	16
2. Relación entre el modelo social y los valores que sustentan los derechos humanos.....	17
CAPÍTULO III: “Rehabilitación y salud”.....	19
1. Primeras Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas en materia de discapacidad.....	19
2. Rehabilitación y salud.....	23
3. Historia de la rehabilitación.....	24
4. Etapas de la rehabilitación.....	25
5. Interdisciplina en Rehabilitación.....	29
6. Salud pública: su componente social en el siglo XXI.....	30
CAPÍTULO IV: “Inclusión como derecho”.....	34
1. El habitus de la discapacidad como práctica cotidiana.....	36
CAPÍTULO V: “Trabajo Social y la construcción de ciudadanía”.....	38
1. La ética en el trabajo social.....	41
2. La actuación profesional con respecto a la discapacidad.....	45
CAPÍTULO VI: “Marco normativo de la discapacidad”.....	47
1. principios generales.....	48
2. Artículo 25: Salud.....	49
3. Artículo 26: Habilitación y rehabilitación.....	50
SEGUNDA PARTE:	
CAPÍTULO VII: “METODOLOGÍA, LECTURA Y ANÁLISIS DE DATOS”.....	58
1. Metodología.....	58
1.1 Pregunta generadora.....	59
1.2 Preguntas específicas.....	59
1.3 Planteamiento del problema.....	60
1.4 Objetivo general.....	60
1.5 Objetivos específicos.....	60
1.6 Supuesto de la investigación.....	60

2.	Construcción del instrumento de investigación.....	61
3.1	categorías.....	61
3.2	Interrogantes de entrevista.....	61
CAPÍTULO VIII: “LECTURA E INTERPRETACIÓN DE DATOS”...62		
1.	Cuadro comparativo.....	63
2.	Análisis e interpretación de datos.....	72
2.1	Descripción del ámbito institucional.....	72
3.	Semejanzas y diferencias.....	73
3.1	Categoría nº1.....	73
3.2	Categoría nº2.....	73
3.3	Categoría nº3.....	75
3.4	Categoría nº4.....	75
3.5	Categoría nº5.....	77
4.	Hallazgos.....	77
TERCERA PARTE: CONCLUSIONES Y PROPUESTA FINAL.....79		
1.	Conclusiones.....	80
2.	Propuesta final.....	84
ANEXOS.....		86
BIBLIOGRAFÍA.....		167

- **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad las personas en situación de discapacidad sienten y viven a diario las dificultades para desarrollarse plenamente en sociedad. No solo se encuentra obstáculos arquitectónicos o de accesibilidad, sino también trabas sociales y culturales que aun habiendo logrado grandes avances en este campo, no pueden superarse.

Hablar de inclusión es hablar al mismo tiempo de exclusión, palabra que en la actualidad no se debería utilizar bajo ningún concepto, pero es una realidad que existe y por lo tanto se debe trabajar para intentar lograr que aquellas "minorías excluidas" puedan sentirse y ser parte de la sociedad, desarrollarse plenamente con igualdad de derechos. Entiendo que la inclusión social es fundamental para el desarrollo de las personas en situación de discapacidad. Es por esto que he planteado esta investigación. La rehabilitación y la posibilidad de acceso a ella, sin dudas, es uno de los pilares fundamentales para encaminarse en el camino de la inclusión. Claro está, que se necesita, además de esto, mucho trabajo, múltiples apoyos y lo que creo más importante, un cambio en el posicionamiento de la sociedad respecto al tema y a los sujetos que la viven.

Este trabajo tiene como finalidad poder conocer el proceso de acceso a la rehabilitación en un nosocomio de la Provincia de Mendoza, único efector que ofrece este servicio a nivel estatal y quienes pueden acceder o no. Esta inquietud surge de la experiencia vivida en las prácticas pre profesionales realizadas en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Lencinas. El presenciar día a día diferentes situaciones y realidades, generó la motivación y las ganas de profundizar e indagar en la importancia que tiene la rehabilitación en la vida de las personas en situación de discapacidad y los niveles de acceso a la misma.

La presente investigación se estructura en tres partes. La primer parte está conformada por el marco teórico, el cual está dividido en 6 capítulos en donde se desarrollan conceptos y categorías que atraviesan constantemente el tema de la discapacidad, entre los cuales se encuentran sus diferentes modelos, salud pública,

rehabilitación, inclusión como derecho, ciudadanía, trabajo social, legislaciones, entre otros.

La segunda parte está conformada por el desarrollo de la metodología y el análisis de los datos recolectados en esta investigación, que ofrecen el material empírico necesario para responder a los objetivos propuestos.

Y por último, la tercer parte que contiene las conclusiones alcanzadas teniendo en cuenta los objetivos y el supuesto establecido al inicio de la investigación y la propuesta final planteada desde el trabajo social.

Primera parte

MARCO

TEÓRICO

❖ **CAPITULO I: DISCAPACIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA.**

Considero fundamental comenzar este trabajo haciendo un recorrido por las diferentes perspectivas históricas que se han tenido acerca de la discapacidad para tener una mayor comprensión y conocimiento del tema.

A lo largo de la historia humana, la discapacidad, en sus diversas manifestaciones ha sido objeto de discriminación. La marginación que se sufría ha sido una constante para las personas en situación de discapacidad desde la Antigüedad hasta nuestros días. La impronta de la doble marginación ha ubicado siempre a las personas en situación de discapacidad en los estamentos inferiores de las sociedades del Medioevo, del Renacimiento y de las Épocas Moderna y Contemporánea. No había más horizonte que la dependencia y el sometimiento.

En algunas sociedades de la Antigüedad, el destino de las personas en situación de discapacidad era la muerte. Era normal el infanticidio cuando se observaban anomalías en los niños y niñas. En la Esparta de Licurgo, las leyes permitían el despeno de los “débiles y los deformes” desde el Monte Taigeto. En la Roma Imperial, asimismo, la Roca Tarpeia cumplía igual propósito con los niños y los inválidos congénitos y ancianos. Tal sacrificio selectivo encontró eco, en el siglo XX, en el nazismo y sus cámaras de gas.

Con el advenimiento del cristianismo, el rechazo social que podría llevar a la persona “deforme o lisiada” a la muerte, evoluciona hacia ciertas formas de redención. Se condena el infanticidio y son convertidas en objetos de caridad, en tanto son dolientes y pobres. Consecuentemente, el destino de las personas con deficiencias, que lograban sobrevivir y alcanzaban la adultez, era la mendicidad y el asilo de la Iglesia.

En la Edad media, los que eran considerados anormales, eran olvidados, rechazados e incluso temidos. Así es como se construye un concepto de la anomalía y del defecto, que conduce al rechazo social, al temor y hasta a la persecución de estas personas, por parte de los poderes civiles y religiosos; se les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos.

En el Renacimiento surge un trato más humanitario hacia las personas marginadas en general. En el siglo XV se funda la primera institución (asilo u orfanato)

para atender a enfermos psíquicos y deficientes mentales. Después del Renacimiento, durante los siglos XVII y XVIII, a quien tenía una discapacidad psíquica se lo consideraba persona trastornada, que debía ser internada en orfanatos, manicomios sin recibir ningún tipo de atención específica. Se los denominaba imbéciles, amentes, débiles mentales, diferentes, locos o locas. Con la llegada de la Ilustración, se le asigna un nuevo puesto a los pobres y a los "inútiles" (como también han sido llamadas las personas en situación de discapacidad): son convertidos en sujetos de asistencia.

En el siglo XIX, en el neopositivismo el sujeto de asistencia se convierte en sujeto de estudio psico-médico-pedagógico, lo cual llevó a un avance en la comprensión del retraso mental y de otras discapacidades, y al desarrollo de terapias clínicas especializadas. Es en este siglo cuando surge la educación especial propiamente dicha, con la participación de médicos, educadores y psicólogos. El racionalismo imperante y la dignidad de las ideas liberales, permitieron la supresión tanto de la inhumana práctica de la eliminación física de las personas con deficiencias como el fijar como horizonte único la supervivencia de estas personas por medio de la caridad. El proceso histórico que posibilitó tal cambio, permitió el tránsito del "inválido" como sujeto de protección o tutela hasta convertirse, progresivamente, en sujeto de previsión socio-sanitaria, a partir de la aparición en escena de los sistemas de seguridad social, dentro de los cuales la persona en situación de discapacidad "mantiene su status de menor de edad y, alcance los años que alcance, no ejerce como adulto al no dar la talla socio-productiva que se demanda".

De esta manera, los esquemas asistenciales que se iniciaron en la Edad Media con una asistencia de beneficencia y de caridad, practicada, fundamentalmente por la Iglesia, seguirán con la asistencia como aspecto de orden público (siglos XVI y XVII), la asistencia como derecho legal (siglos XIX y XX) y la asistencia como seguridad social.

A lo largo del siglo XX, las personas en situación de discapacidad todavía son rechazadas. En la época nazi, fueron otras de las víctimas del holocausto. En Suecia, hasta mediados de los años 70, se esterilizaba a las personas con discapacidad, incluso, sin su consentimiento.

Todo este conjunto de perspectivas en torno a la discapacidad se ubican en lo que se conoce como *modelo o paradigma tradicional*. Los elementos comunes son la

marginación, la discriminación, la dependencia y la subestimación de las personas en situación de discapacidad. Es decir, no son considerados como sujetos en igualdad de derechos como el resto de las personas que componen estas sociedades. La mayoría de las personas en situación de discapacidad, a lo largo de todos estos siglos, han estado condenadas a la asunción del rol de marginal, pobre y atípico, o de administrado, asistido, tutelado y hoy en día, rehabilitado.¹

En el siglo XXI se genera un cambio de paradigma muy importante. Se cambia la concepción y la visión de la discapacidad. Este contexto actual, permite el desarrollo de un nuevo modelo; el modelo social. Se puede afirmar que el origen, el desarrollo y la articulación de este modelo se han generado básicamente a través del rechazo a los fundamentos expuestos anteriormente.

Los presupuestos fundamentales del modelo social son dos: En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. En cuanto al segundo presupuesto (que se refiere a la utilidad para la comunidad) se considera que las personas en situación de discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas “sin discapacidad”. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.

Estos presupuestos generan importantes consecuencias, entre las que se destacan las repercusiones en las políticas a ser adoptadas sobre las cuestiones que involucren a la discapacidad. Así, si se considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino más bien que deben encontrarse dirigidas hacia la sociedad. El modelo social aboga por

¹ “La discapacidad en la actualidad” XVI Curso de formación de agentes de pastoral de la salud, Febrero Año 2007

la rehabilitación o normalización de una sociedad, pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas.²

Así como existieron diversas perspectivas acerca de la discapacidad según los diferentes contextos históricos en la cual se la ubicara, también se han desarrollado paralelamente diferentes modelos teóricos que fundamentan la discapacidad. A continuación serán desarrollados.

Es importante poder aclarar que los diferentes cambios de perspectiva a la hora de enfocar a la discapacidad, no se han dado de manera escalonada. Muchas características de este modelo tradicional coexisten con modelos más recientes.

² Palacios Agustina ““El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”

❖ **CAPITULO II: MODELOS TEORICOS QUE FUNDAMENTAN LA DISCAPACIDAD.**

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la *discapacidad*, que abarcan ámbitos como la filosofía moral, la política, la sociología y la bioética, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones políticas y en la construcción del imaginario social en torno a la *discapacidad*.

Estas diferentes maneras o modelos de entender la *discapacidad* no sólo han repercutido en las respuestas institucionales y sociales que se han dado sino también en los condicionamientos, que estos modelos han ejercido y ejercen, en la propia construcción de la identidad de las personas en situación de discapacidad.

A lo largo del tiempo pueden distinguirse tres modelos de trato social a las personas en situación de discapacidad: modelo de prescindencia, modelo médico-rehabilitador y modelo social, y un novedoso modelo: modelo de la diversidad, que se refuerza en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este parte de una visión basada en los Derechos Humanos, promueve el cambio de términos como discapacidad por diversidad funcional y considera el trabajo en el campo de la bioética una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas por su diversidad funcional-discapacidad- (Palacios y Romañach, 2006), considerándose como el paradigma ideológico en concordancia con el desarrollo del Trabajo Social (Muyor Rodríguez, J., 2009). Estos modelos coexisten en mayor o menor medida en la actualidad.

“En el primer modelo: **prescindencia**, el origen de la discapacidad tiene motivo religioso. Las personas con discapacidad son una carga para lo sociedad. Por estos motivos, la sociedad decide prescindir de estas personas, ya sea a través de la aplicación de actuaciones eugenésicas o situándolas en el espacio destinado para los “*anormales*” y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia.

Desde un segundo modelo, surgido después de la II Guerra Mundial, definido como **médico-rehabilitador**, las causas que originan la discapacidad no son religiosas sino científicas. Se alude a la discapacidad en términos de salud o ausencia de enfermedad. Las personas en situación de discapacidad ya no son consideradas inútiles

o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas, y logren asimilarse a las demás personas. El éxito es valorado en relación con la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo, a través de la intervención interdisciplinar del proceso de normalización. De esta manera pueden obtener por parte de la sociedad un valor como personas y ciudadanos/as. La atención se centra en la discapacidad (en aquello que la persona no es capaz de realizar). Se subestiman las aptitudes de este colectivo y, así, el tratamiento social se basa en una actitud paternalista y caritativa. Estas personas se convierten en objetos médicos. Se potencia la creación de espacios sobreprotegidos para las personas con discapacidad y se promueven los servicios institucionalizados.

Dos observaciones, en primer lugar, se sitúa el “problema” de la discapacidad dentro del individuo; y, en segundo lugar, se considera que las causas de dicho problema son el resultado directo de sus limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas. Estos aspectos pueden denominarse como “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad” que sugiere que la discapacidad es un evento fortuito terrible que sucede a algunos individuos. En consecuencia, las políticas deben tender a normalizar a las personas en la medida de lo posible, y de ese modo ayudar a que las mismas sean integradas en la sociedad. En este proceso de normalización el/la profesional adquiere una posición superior en la cual dirige la rehabilitación de la persona, normalmente, bajo un carácter paternalista que limita y (re)construye las forma de vida de las personas con discapacidad.

Sin embargo, a pesar de representar un avance respecto de consideraciones anteriores, se observa que el modelo rehabilitador ha sido, y de hecho es, criticado en cuanto a la filosofía que lo sustenta, en lo que atañe a la consideración de la persona con discapacidad como un ser dependiente, inferior, que necesita ser rehabilitado (rehabilitado) a los efectos de recuperar su dignidad (una dignidad que se da por lesionada o perdida) (Palacios, A., 2008: 81).

El tercer modelo, denominado **social**, es aquel que considera que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales (por la manera en la que se encuentra diseñada la sociedad). No son las limitaciones individuales el centro del problema sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar que las necesidades de las personas con

discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Esto no supone negar el aspecto individual de la discapacidad sino situarlo dentro del contexto social. Las respuestas, dentro de este modelo, no deben dirigirse individualmente a las personas con discapacidad sino a la sociedad, de manera que ésta llegue a estar pensada y diseñada para atender las necesidades de todos. Así, este colectivo puede contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad.

La vida de las personas en situación de discapacidad adquiere el mismo sentido que el de las personas sin discapacidad. El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades, es decir, seguir con el binomio *capacidad-discapacidad* invirtiendo su peso (Romañach, 2009: 22).

Se puede considerar el “*movimiento de vida independiente*” como el antecedente inmediato del modelo social. Éste se opone a la provisión burocrática de los servicios sociales, derivada del modelo rehabilitador, y aboga por servicios autogestionados en base a sus propios objetivos, acentuando la capacidad de elección y de control del interesado (Muyor Rodríguez, J., 2010b). Este movimiento social surge en los años 70 del pasado siglo, al principio en los Estados Unidos y, posteriormente, en otros países. Sus principios fueron levantados por personas con diversidades funcionales notables (discapacidades), que no aceptaban quedar al margen de la sociedad a voluntad de las instituciones, especialistas y familiares, que decidirían todo por ellos (Nóvoa Romay, 2008).

El modelo social parte de la premisa de que la *discapacidad* es una construcción y un modo de opresión social. Esto lleva a reivindicar la autonomía de las personas en situación de *discapacidad*, en un ejercicio político-activista, para decidir respecto de su propia vida con el fin de brindar una igualdad de oportunidades.”³

Aun así, a pesar de los avances mencionados anteriormente, todavía se detecta una importante discriminación que afecta a la realidad cotidiana y a la participación social, entendiéndose por esto el acceso a la educación, la cultura, la formación profesional, el trabajo, el ocio, etc. (Vidal García, 2003)

³ Muyor Rodríguez Jesús “La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos”

Tomando a la autora Gloria Céspedes, podemos incorporar a los modelos mencionados anteriormente, un nuevo modelo que ha dado paso a una visión todavía más amplia, holística, para el abordaje de la problemática de la discapacidad, con el ánimo de mejorar la calidad de vida de esta población, fundamentada en que las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencias anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones. A este modelo se lo denomina **modelo ecológico**.

Los modelos ecológicos son ampliamente reconocidos en el trabajo desarrollado por Bronfenbrenner (1987), quien ha realizado grandes aportes en el campo de la psicología evolutiva y que resultan aplicables a la discapacidad. El modelo expuesto es el de la *rehabilitación integral* que enmarca todos los componentes necesarios para lograr integrar el nuevo concepto de la discapacidad y el verdadero significado de la calidad de vida, lo que brinda un sentido de referencia y orientación desde una perspectiva individual, principio primordial para mejorar el bienestar de la persona en situación de discapacidad.

El modelo ecológico está constituido por cuatro componentes: proceso, contexto, tiempo y persona. Dicho modelo plantea que la persona se ve influenciada por tres sistemas, cada uno de ellos incluido dentro del otro. Esto quiere decir que la persona en situación de discapacidad está influenciada por diferentes factores a lo largo de su vida, dichos factores van ejercer una influencia única, así como una respuesta particular en cada persona.

El *primer nivel*, denominado *microsistema*, hace referencia a las características propias del individuo como su apariencia física, temperamento, tipo de discapacidad; es el contexto social inmediato como la familia, hogar, grupo de iguales, que afecta directamente a la vida de la persona. El *mesosistema* refleja la comunidad donde vive la persona, su familia, y afecta directamente el funcionamiento del microsistema; por último, estos sistemas están dentro del *macrosistema* que refleja las influencias sociales, políticas y culturales de la sociedad en general.

Al analizar cada uno de los componentes expuestos anteriormente, se observa que una situación de discapacidad es un eje transversal en cada sistema. Así, en el

microsistema se parte del sujeto como persona autónoma, que decide, que participa, que es influenciada por los ambientes como la escuela, el trabajo, los amigos, la pareja.

En este sistema también la familia se convierte en aquel apoyo natural con que cuenta la persona; es el principal sistema en el que convive el individuo y del que depende en gran medida el proceso de adaptación a la nueva situación de discapacidad, una inadecuada adaptación familiar afectará negativamente el desarrollo de la persona en situación de discapacidad, reduciendo la capacidad de ésta a integrarse en los diferentes roles de su comunidad.

El mesosistema muestra la relación de la persona en situación de discapacidad y la comunidad cercana, es decir, la escuela, los amigos, la iglesia, los grupos comunales, deportivos, culturales. Aquí la persona en situación de discapacidad hace parte activa de su propia comunidad, desarrollando habilidades que le permitan integrarse a sistemas sociales diferentes a su familia.

El mesosistema también hace referencia a ese concepto integrador donde la sociedad tiene la obligación de aceptar y de trabajar con las personas en situación de discapacidad para tratar de proporcionarles diferentes opciones dentro de la comunidad a la cual pertenecen.

La capacitación para el trabajo, la integración a la aulas escolares, la participación en grupos representativos culturales y deportivos, así como el entrenamiento en habilidades sociales, y los ambientes normalizados como las empresas, las universidades, las entidades públicas y privadas son los elementos que hacen parte de este sistema.

Finalmente, al profundizar en el macrosistema, éste incluye los tres niveles expuestos anteriormente; hacen parte de este sistema los patrones culturales, las tendencias políticas, los sistemas económicos, las creencias y, en fin, todos los factores de la sociedad en general que pueden afectar al individuo.

Son muchos los factores que influyen en el proceso de integración de las personas en situación de discapacidad a la sociedad, pero tal vez uno de los más significativos son las barreras que estas personas encuentran diariamente y no se habla aquí de las barreras arquitectónicas que abundan en las calles, ni de la falta de accesibilidad a sitios públicos como bancos, cines, edificios o simplemente en su propio hogar, se habla de las *barreras actitudinales*.

En el *macrosistema* las actitudes y las creencias hacia la discapacidad son importantes para promover la integración social; es aquí donde se debe reconocer el concepto de “persona”, por encima de otros calificativos o etiquetas que se puedan añadir para referirse a las personas en situación de discapacidad. Ello representa no sólo un cambio en la perspectiva social del sujeto, sino también en las demandas laborales, familiares y sociales.⁴

Concepto de persona en situación de discapacidad (desde el modelo social)

La noción de persona en situación de discapacidad desde este modelo se basa, más allá de la diversidad funcional de las personas, en las limitaciones de la propia sociedad. De este modo, se realiza una distinción entre lo que comúnmente se denomina “deficiencia” y lo que se entiende por discapacidad.

Los principios del modelo social hacen una distinción entre *deficiencia* (la condición del cuerpo y de la mente) y *discapacidad* (las restricciones sociales que se experimentan). La discapacidad “es algo que se emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de una participación plena en sociedad.”⁵

La discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. Esta distinción permitió la construcción de un modelo que fue denominado “social” de discapacidad. De este modo, si en el modelo rehabilitador la discapacidad es atribuida a una patología individual, en el modelo social se interpreta como el resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible.

Esta distinción tiene suma importancia, ya que al tomarse conciencia de los factores sociales que integran el fenómeno de la discapacidad, las soluciones no se elaboran apuntando individualmente a la persona afectada, sino más bien que se encuentran dirigidas hacia la sociedad, o teniendo muy presente el contexto social en el cual la persona desarrolla su vida.

⁴ Céspedes Gloria Artículo: “La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación”, Agosto 2005.

⁵ Union of Physically Impaired Against Segregation

Relación entre el *modelo social* y los valores que sustentan los derechos humanos.

Hasta un tiempo no muy lejano, la cuestión de la discapacidad desde el punto de vista jurídico, venía siendo considerada exclusivamente dentro de la legislación de seguridad social, servicios asistenciales, o cuestiones puntuales relativas a la incapacitación, tutela o curatela. De manera coherente con la perspectiva asumida por el modelo rehabilitador, el Derecho consideraba a las personas en situación de discapacidad solamente desde el área de la beneficencia, la sanidad, o de cuestiones muy concretas derivadas del derecho civil. Esta visión ha ido evolucionando en los últimos tiempos hacia una muy diferente, que involucra el cambio desde dichas leyes de servicios sociales, hacia leyes de derechos humanos. Es decir, que las principales consecuencias jurídicas de este cambio de paradigma hacia el modelo social, pueden ser relacionadas con la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos.

Todo esto, supone dejar de ver a las personas como problemas para pasar a considerarlas titulares de derechos, como asimismo significa situar muchos de los problemas fuera de la persona en situación de discapacidad, y centrar la atención en el modo en que los diferentes procesos económicos, sociales y culturales tienen presente o no “la diferencia implícita en la discapacidad”. “El modelo social presenta muchas coincidencias con los valores que sustentan a los derechos humanos; esto es: la dignidad, entendida como una condición inescindible de la humanidad; la libertad entendida como autonomía (en el sentido de desarrollo del sujeto moral) que exige entre otras cosas que la persona sea el centro de las decisiones que le afecten; y la igualdad inherente de todo ser humano (respetuosa de la diferencia), la cual asimismo exige la satisfacción de ciertas necesidades básicas.”⁶

Si bien la mayor parte de nuestros ordenamientos jurídicos se encuentran fundados sobre la base de los valores de dignidad, autonomía, igualdad y solidaridad, en

⁶ Palacios Agustina Op Cit.

el mundo del Derecho dichos valores no son fácilmente reflejados a la hora de asumir políticas destinadas a las personas en situación de discapacidad.

Más allá de la evolución en el marco del derecho internacional, también los Estados Parte están avanzando en sus legislaciones internas hacia una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos. Degener y Quinn distinguen tres períodos en cuanto a las políticas legislativas modernas, que se dieron en el ámbito de las leyes nacionales europeas. El primer período se sitúa tras la Primera Guerra Mundial, al introducirse la legislación de servicios sociales para los veteranos de guerra con discapacidad. El segundo período comienza en la década de los años sesenta, extendiendo la legislación de servicios sociales a *todas* las personas en situación de discapacidad. Por último, un tercer período, que comenzó en los años noventa, cuando algunos países europeos adoptaron una legislación antidiscriminatoria para las personas en situación de discapacidad. No resulta difícil advertir que los primeros dos períodos mencionados reflejaban la filosofía del modelo rehabilitador. Las personas en situación de discapacidad recibían beneficios de los servicios sociales porque la discapacidad se veía exclusivamente como un problema individual de la persona, quien no era capaz de enfrentarse a la sociedad.

❖ **CAPITULO III: REHABILITACIÓN Y SALUD.**

Primeras Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas en materia de discapacidad.

A partir de la década de los años cincuenta, la Asamblea General y el Consejo Económico y Social aprobaron varias resoluciones relativas a la *prevención* de la discapacidad y a la *rehabilitación* de las personas afectadas por la misma. Si bien es cierto que dichos instrumentos se enmarcaban, en términos generales y de manera coherente con la época en que fueron elaborados, dentro de un modelo rehabilitador de tratamiento de la discapacidad, resulta trascendente mencionar dos resoluciones que constituyeron los primeros indicios del paso desde un criterio rehabilitador a uno social, lo que en el ámbito bajo análisis representa *dejar de hablar de asistencia para comenzar a hablar de derechos*.

El primero de los instrumentos mencionados se remonta al año 1971 con la aprobación por parte de la Asamblea General de la “*Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*”. La Declaración comienza afirmando que esas personas deben gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos (art.1).

El segundo de los instrumentos es adoptado en 1975 bajo la denominación de “*Declaración de los Derechos de los Impedidos*”. La Declaración afirma que el impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos y a que se tomen las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible. Como puede observarse, en ambos documentos comienza a receptarse una protección a las personas en situación de discapacidad desde su calidad de titulares de derechos, y desde la consideración de que el ejercicio de dichos derechos debe ser ejercido en condiciones de igualdad, y en respeto de su autonomía como sujetos morales.⁷

Es así, como se menciona anteriormente, que se fue avanzando y progresando a un cambio de paradigma siendo uno de aspectos más destacados e importantes para esto la creación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La

⁷ Palacios Agustina Op. Cit.

misma, entro en vigor el 3 de mayo de 2008; hasta este momento no existía ningún tratado mundial específico que respetara sus derechos y atendiera sus necesidades.

Si bien los tratados existentes protegen a las personas en situación de discapacidad, resulta cada vez más evidente que los obstáculos concretos que enfrentaban para gozar de sus derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales no habían sido tratados adecuadamente. En realidad, las personas en situación de discapacidad parecían ser de alguna manera “invisibles” en el discurso de los derechos humanos, tanto a nivel internacional como nacional. La Convención es una respuesta a este vacío.

Se plantearon algunas dudas respecto de la necesidad de que la Convención reconociera nuevos derechos, específicos de las personas con discapacidad. Esta cuestión quedó resuelta desde los inicios de los debates, entendiéndose que el objeto de la Convención no sería crear nuevos derechos, sino garantizar a las personas en situación de discapacidad el ejercicio en igualdad de condiciones, de los derechos ya reconocidos a todas las personas. De esta manera, durante el proceso de elaboración de la Convención, se reiteró que su objeto no era crear nuevos derechos, sino adaptar los ya existentes, al contexto de la discapacidad.

Sin embargo, a partir de una primera lectura del texto de la Convención, surgen algunas dudas relacionadas con la posibilidad de que este instrumento reconozca ciertos derechos a las personas con discapacidad, que no han sido anteriormente reconocidos en los textos de derecho internacional vinculantes existentes. Estas dudas se plantean con relación a ciertos “derechos”, como serían el derecho a la accesibilidad universal, el derecho a la movilidad personal y el derecho a la habilitación y rehabilitación.

Se plantean algunas incertidumbres relacionadas con los derechos mencionados: la primera, es precisamente, si la Convención reconoce a la accesibilidad universal, la movilidad personal, y a la habilitación y rehabilitación, técnicamente como derechos. No parece casual que cuando la Convención menciona el resto de derechos, lo hace apelando expresamente al término *derecho*. Es decir, la Convención se refiere al *derecho* a la educación, al *derecho* a la salud, al *derecho* a la vida, y así sucesivamente. Sin embargo, tanto el artículo 9 relativo a la accesibilidad, el artículo 20 sobre movilidad personal, como el artículo 26 sobre habilitación y rehabilitación, no emplean expresamente el término *derecho* al referirse a la protección de estos ámbitos. Ello nos podría llevar a dos posibles interpretaciones. La primera, que la Convención no

reconoce a los ámbitos mencionados como derechos, sino como medios instrumentales necesarios para el ejercicio y goce del resto de derechos. Esta primera interpretación sería, al parecer de quien escribe, técnicamente correcta, pero pobre y restringida en lo que se refiere a su contenido. Esto último teniendo presente el objeto, los principios y el resto de derechos reconocidos en el texto bajo análisis.

La segunda interpretación nos conduciría a entender que, si bien la Convención no menciona expresamente el término *derecho* al referirse a los ámbitos mencionados, es posible entender que los considera de ese modo. Evidentemente parece más difícil arribar a esta conclusión desde un análisis netamente técnico, pero sería posible desde una interpretación sistemática de todo el texto de la Convención. En dicho caso, entonces, si entendemos que la Convención reconoce a la accesibilidad, la movilidad personal y la habilitación y rehabilitación como derechos, dado que esos derechos no se encuentran previamente reconocidos en los Tratados de Derechos Humanos generales, podríamos afirmar, entonces, que el texto reconoce nuevos derechos, específicos, en el contexto de la discapacidad.⁸

Como bien menciona el título de este trabajo, la rehabilitación es un derecho fundamental que tienen las personas en situación de discapacidad. Se entiende y se toma como referencia en esta investigación la definición de *rehabilitación* dada por la autora Lydia Flores, quien dice que “*es un proceso interactivo de aprendizaje entre el paciente, su familia y la comunidad, con la aplicación de procedimientos para que logre su estado funcional óptimo, tomando en cuenta sus capacidades residuales, logrando una mejor calidad de vida. La rehabilitación abarca la recuperación física, psíquica, social y laboral, es decir, que su recuperación sea global. En la actualidad se trabaja en forma interdisciplinaria, en donde se habla el mismo idioma y se evalúan de la misma forma al paciente, pues se tiene un objetivo en común.*”⁹

Con respecto a la Convención, en su artículo 26 se habla acerca de la Habilidad y Rehabilitación. Pese a estar en su primera redacción unidos en un único artículo, se dejó claro en el texto que una cuestión es la rehabilitación de la persona (*en un sentido mucho más amplio que su salud*), y otra es el acceso en igualdad de

⁸ Ferreira Miguel A V “La construcción social de la discapacidad” Universidad de Murcia/ Universidad Complutense de Madrid.

⁹ Flores Lydia. Artículo de internet.

oportunidades a las prestaciones de salud. Consecuentemente, desde una perspectiva comprensiva, la Convención demanda de los Estados Partes la adopción de medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, organizando, intensificando y ampliando servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales. Por otro lado, las obligaciones de los Estados Partes sobre habilitación y rehabilitación deberán comprender también el desarrollo de la formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en dichos servicios, y la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas en situación de discapacidad.¹⁰

Específicamente la Convención menciona lo siguiente:

➤ “Artículo 26: Habilitación y rehabilitación

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

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

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

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

¹⁰ Ferreira Miguel A V Op. Cit.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.”¹¹

Rehabilitación y salud.

Tomando como referencia el libro “El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud” se puede decir que incorporar la Rehabilitación como componente esencial de la atención integral en salud e integrar sus acciones a todos los niveles del sistema, en lo referente al manejo de la discapacidad, ha sido el objetivo más relevante en los planes de los administradores rehabilitadores en Salud Pública, desde hace un poco más de 20 años. La salud como componente vital del ser humano debe ser garante imprescindible de la calidad de vida, a través de acciones que conllevan:

- ✓ promoción de la salud,
- ✓ prevención de las enfermedades,
- ✓ restauración de la salud y
- ✓ rehabilitación.

De esta manera no se concibe la atención integral de la salud sin la existencia de la Rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud.

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública, hoy día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo.

Por lo tanto, de acuerdo con lo explicado anteriormente se puede entender que la rehabilitación en salud no solamente abarcaría la atención al problema instalado, sino también su prevención, involucrando en esto tanto al sector salud como a todos los que componen la sociedad, como lo señala la Rehabilitación Integral. Conlleva entonces,

¹¹ Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

entre sus principios para la acción, la intersectorialidad, descentralización, participación social y programación local.

El logro de la independencia y autonomía de las personas con discapacidad desde todo punto de vista, física, mental y social, se consigue, buscando incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el quehacer de la comunidad, trabajando en la eliminación de las barreras físicas, ambientales, culturales y sociales, buscando la solidaridad de la comunidad con las personas con discapacidad e incluyendo las personas con discapacidad en todo el accionar del sector salud, campo que nos atañe más estrechamente.

“Rehabilitación se refiere al proceso que anima a las personas con discapacidades para lograr y mantener sus niveles óptimos físicos, sensoriales, intelectuales, psiquiátricos y/o funcionales, sociales, proveyéndolos con las herramientas para cambiar sus vidas al nivel más alto de independencia. Incluye las medidas para proveer y /o restaurar funciones, o compensar la pérdida o ausencia de una función o de una limitación funcional”.¹²

Historia de la rehabilitación.

En América Latina, la Rehabilitación Médica comienza hacia los años 40 con la creación de servicios de carácter filantrópicos que dedicaron sus esfuerzos principalmente para tratar las discapacidades por poliomielitis. A mediados de los años 60, se conformó un grupo de médicos en la Región, formados primordialmente en Estados Unidos de América que al regresar a sus países, incentivan la creación de servicios integrales de rehabilitación, en grandes hospitales, con o sin mayor apoyo de los entes gubernamentales, hasta llegar a la situación actual. Países de otras raíces como los del Caribe angloparlante, se desarrollaron de diferente manera para el manejo de las discapacidades, siendo principalmente llevado a cabo por Organizaciones no Gubernamentales, basando su accionar en RBC y no en rehabilitación Institucional.

¹² NNUU The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Pag 11. 1994

Etapas de la rehabilitación.

Siguiendo las palabras de la Dra. Alcida Pérez quien manifiesta que en la historia dentro del campo de la salud pública, con el transcurrir del tiempo, la rehabilitación en el área de la salud, y principalmente en la América Latina, ha pasado por una serie de etapas que ha dividido en:

➤ “Etapas Inicial: Desde finales de los años 40, cuando se inicia en nuestros países un movimiento en el cual empiezan a crearse unidades de Fisioterapia, para tratar principalmente las secuelas de la Poliomielitis y más que todo manejado por fisioterapeutas, enfermeras y dentro de instituciones privadas.

➤ Etapa de Oro: Durante los años 60 y 70 cuando las unidades se empiezan a transformar y se comienzan a crear otras nuevas, gracias a la incorporación de los Médicos Fisiatras que se forman principalmente en Estados Unidos (que dan origen a la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación) y otros profesionales, como los Terapistas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Técnicos en Ortesis y Prótesis, adquiriendo la conformación de equipos.

➤ Etapa Estacionaria: Los servicios creados con tanto ahínco por todos nuestros maestros siguieron funcionando, manteniendo la capacidad que se había instalado, con muy pocos cambios dada la falta de priorización del problema y falta de recursos gubernamentales en muchos casos, para dar respuesta a toda la demanda que progresivamente fue incrementándose, resultado de los cambios epidemiológicos que ha tenido nuestra Región. Se constituyen servicios cada día más insuficientes y estancados en el número de recursos humanos y con tecnología deficiente para la época. Aunque si bien muchos de los servicios se mantuvieron a flote, para algunos otros ha sido difícil su desarrollo.

➤ Etapa de la Rehabilitación de Base Comunitaria: En el sector salud, desde los años 80 hasta la actualidad se está tratando de incorporar esta estrategia en los países como política nacional para la atención de las personas con discapacidad, sin embargo, esto ha sido una tarea ardua ya que ha encontrado mucha resistencia para su incorporación por parte de los especialistas médicos técnicos, así como de los programadores en Salud Pública. La RBC se

ha utilizado como herramienta para desarrollar proyectos aislados de ONGs, y hasta ahí su desarrollo, pues muchos no han prosperado en el tiempo por falta de apoyo gubernamental.

La rehabilitación todavía no resulta ser un aspecto prioritario de la salud para muchos países. Hasta ahora no ha logrado ser incorporada a muchos programas de salud. Apenas el 52% de los países de Latinoamérica y el Caribe cuenta con un Programa Nacional de Rehabilitación, según estudio realizado en 1995 por OPS.

La Rehabilitación es frecuentemente confundida con una tecnología y no con un aspecto de la medicina a tomar en cuenta dentro del quehacer diario de los profesionales de la salud. Continúa siendo para muchos la última etapa del proceso, después de la promoción, prevención y restauración de la salud y la concepción de Prevención de Discapacidades no está bien difundida.

Con cierta proporción, los trabajadores de los servicios de Rehabilitación trabajan en instituciones dependientes de distintos empleadores, no logrando impacto ni cambios en la situación de salud de las personas con discapacidad, sin tener definida la posición dentro del contexto de la Rehabilitación Integral, sufriendo en consecuencia los usuarios de esta situación, al no lograr completar su proceso de rehabilitación.

➤ Etapa Integradora: En la actualidad la rehabilitación está bajo revisión, para lograr construir un futuro mejor en el campo de la salud. Esta etapa muchos la han logrado visualizar a tiempo y han llegado a sobrepasarla, existiendo grupos en la Región que son de avanzada y que están a la cabeza de este desarrollo. En esta etapa se está buscando integrar las acciones de los servicios especializados con la de los servicios básicos que asumiendo las estrategias de RBC y prevención de discapacidades sean absorbidas siguiendo los parámetros de la Atención Primaria de Salud.”¹³

Habiéndose planteado una breve reseña acerca de la historia de la rehabilitación en nuestro país y en América Latina, considero también relevante poder mencionar y

¹³ PEREZ ALCIDA. Rehabilitación: Una mirada al futuro. 1995 Presentado en el I Congreso de Rehabilitación Integral, Medellín, Colombia

explicar dos tipos de rehabilitación fundamentales y que deben complementarse y combinarse para lograr acciones y resultados más integradores y positivos, con participación social para que permitan lograr también una mayor equidad en la salud. Uno de los tipos de rehabilitación es la denominada *Rehabilitación Institucional (RI)*, siendo esta aquella que incluye la actividad técnica realizada en instituciones, gubernamentales o no, destinadas a la recuperación funcional de las personas que presentan limitaciones en su actividad y participación. A nivel del sector salud está contemplado en los servicios de rehabilitación tanto en hospitales como en ambulatorios.

El otro tipo es la *Rehabilitación con Base en la Comunidad (RBC)*. Esta es el engranaje de la integración social, objetivo principal del resultado de la rehabilitación. Configura la ejecución local de los servicios haciéndolos posibles a todos. La RBC debe articularse a un sistema que asegure una apropiada supervisión y una adecuada referencia y contrarreferencia que responda a las necesidades de la comunidad. Además, el sector salud debe proveer de programas de capacitación de personal, desarrollar estudios de investigación, ofrecer servicios especiales.

De esta combinación, resulta un proceso por el cual una persona con discapacidad, utilizando las acciones intersectoriales que le permiten maximizar sus potencialidades bio-psico-social, logra insertarse en la sociedad. Esta intersectorialidad es interpretada como el espacio de interrelación entre sectores que no tienen específicamente los mismos objetivos pero que interactúan en función de un objetivo mayor a los propios de cada sector y que le es común a todos.¹⁴

Otro de los puntos que considero importantes de tratar en este trabajo y específicamente en el tema de rehabilitación es que ésta, debe ser integral. Desde el comienzo de esta investigación he mencionado la importancia de pensar a la discapacidad como una situación que debe verse y analizarse desde un punto de vista holístico y multidisciplinario. Si nos posicionamos entonces, desde este enfoque, se debe hacer hincapié en la integralidad de la rehabilitación como factor fundamental para

¹⁴ Dra. Pérez Alcida “Atención Primaria y Rehabilitación” Libro “El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud”. Universidad Nacional de Córdoba.

lograr acciones multisectoriales y multilaterales que permitan la integración de las personas en situación de discapacidad a su ambiente.

“El manejo de manera integral (Rehabilitación Integral) sólo se logra dentro de un ambiente apto que le permita realizar las actividades usuales como ente social y como ciudadano, con iguales derechos para su incorporación en la vida de una comunidad y su participación como cualquier persona en todo lo que la comunidad planifique y contemple para la generalidad de los ciudadanos, o sea, su integración social.

El mundo de hoy está dividido por grupos humanos que aún, a pesar de los esfuerzos realizados siguen siendo excluidos de la sociedad y por tanto, con limitaciones para integrarse a la misma. La persona con discapacidad es mayormente excluida cuando existen factores contextuales personales y ambientales no aptos para su inclusión dentro del grupo social al que pertenecen.

El fin máspreciado de la rehabilitación es la integración de la persona con discapacidad al entorno que le toca vivir como ser humano, miembro de una sociedad con valores, creencias, tradiciones y necesidades.

Cuando las actividades o acciones de rehabilitación se llevaban solamente siguiendo protocolos de atención dentro de instituciones cerradas y abiertas, podía lograrse la adaptación de las personas a su discapacidad, lográndose recuperación funcional, recibiendo todas las atenciones que requería para este fin, pero no era garantizada con estas acciones la aceptación por parte de la comunidad, la cual muchas veces representaba para la gente con discapacidad un terreno árido y hostil para su desempeño.

A raíz del despertar de las conciencias de personas interesadas, y de la necesidad de encontrar para las personas con discapacidad oportunidades de participación en la comunidad, se fueron creando y organizando grupos que conformaron Organizaciones no gubernamentales, las cuales en asociación o no con ciertos grupos gubernamentales, comenzaron a ejercer presión sobre el Estado para garantizar al máximo de las posibilidades, servicios, ayudas, reconocimientos, inclusión escolar, capacitación laboral de las personas con discapacidad.

De esta manera, las comunidades han comenzado a realizar actividades en pro de las personas con discapacidad, llegando a trabajar no sólo por ellos sino con ellos.”¹⁵

Interdisciplina en Rehabilitación.

“Las acciones de Rehabilitación se ejercen sobre el individuo (en el campo profesional y social) y sobre el medio (físico, económico, cultural etc.). Esto es lo que fundamenta la necesidad de la interdisciplinariedad como único medio a llevar a cabo las acciones en Rehabilitación

En los últimos años se ha desarrollado un creciente interés por la interdisciplina, como un estudio integrado, como el marco de una nueva conexión transversal interdisciplinaria, como un nuevo enfoque de la salud y la enfermedad, como una forma de trabajo conjunta o como una manera de comunicación y de afectividad.

Ante la necesidad de recortar el término interdisciplina y relacionarlo con una idea más concreta a fin de llevarla a un campo práctico, decidimos pensar a la interdisciplina junto al equipo de rehabilitación.

Según la OMS: “Rehabilitación es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con el objeto que alcance la mayor capacidad funcional posible, tendiendo al logro de su máxima autonomía a los efectos de posibilitar una mayor integración a la sociedad”.

La OMS indica que la "Rehabilitación incluye todas las medidas que tienen como disminuir el efecto de la discapacidad en las personas y lograr su integración social. El objeto de la rehabilitación no es sólo el entrenamiento de las personas con discapacidad para adaptarse al medio, sino también la integración en el medio inmediato y en el conjunto de la sociedad.

La posibilidad de elaborar un enfoque integral del problema médico que afecta a un individuo con limitaciones funcionales y discapacidades, permite resolver problemas

¹⁵ Pérez Alcida Op. Cit.

de diversa índole que afectan a las áreas funcionales y sociales de esa persona, su familia y su entorno.¹⁶

Basándome en toda la información expuesta anteriormente por los diversos autores, decido posicionarme en la perspectiva de la rehabilitación integradora e interdisciplinar. Esta es la que permite a través de la articulación de las diferentes intervenciones y opiniones profesionales lograr la acción más adecuada para cada persona. Se logra un abordaje mucho más integral, teniendo en cuenta todas las dimensiones que conforman la vida de una persona sin tener que posicionarse solamente desde el punto de vista médico.

Salud pública: su componente social en el siglo XXI.

Tomando lo expuesto en la Revista Cubana de Salud Pública se puede decir que, en la actualidad se ha dado paso al criterio de que la salud humana requiere no solamente de la medicina sino también de que la organización de la sociedad dedique atención a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser simultáneamente sistemas sociales y culturales. Para lograr este objetivo, las estrategias deben cubrir un amplio rango de determinantes de la salud: ingreso y posición social, educación, entorno físico, empleo y condiciones de trabajo, características biológicas y condición genética, desarrollo del niño sano, redes de apoyo social, servicios de salud.

El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. Esto manifiesta entonces la necesidad de desarrollar un enfoque intersectorial.

Según el autor López Piñero, se deben analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica. La salud humana requiere que la organización de

¹⁶ Dorado Myriam “Rehabilitación del movimiento” en “Abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud”. Universidad de Córdoba. 2008

la sociedad dedique atención, con prioridad, a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No sólo sistemas de atención médica curativa.

¿Cuáles son los determinantes de la salud, que en un amplio rango deberán condicionar las estrategias sectoriales?

1. Ingreso y posición social.

El más importante. Ya es conocido que el estado de salud mejora con el aumento de ingresos y más elevada posición social.

2. Educación.

El estado de salud mejora con mayor nivel de educación.

3. Entorno físico.

La calidad del agua, del suelo y del aire son influencias clave en la salud.

4. Empleo y condiciones de trabajo.

Las personas que tienen un mayor control de las circunstancias de su trabajo y menos exigencias laborales relacionadas con el estrés son más sanas.

5. Características biológicas y dotación genética.

La dotación genética del individuo y los procesos de desarrollo y envejecimiento son factores fundamentales que determinan la salud.

6. Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación.

Los ambientes sociales y estilos de vida sanos, al igual que conocimientos, comportamientos y aptitudes de adaptación para hacer frente a la vida de manera sana, son influencias claves en la salud.

7. Desarrollo del niño sano.

El efecto ulterior de las experiencias prenatales y de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las aptitudes de adaptación y la competencia, es muy fuerte.

8. Redes de apoyo social.

El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades va asociado a un mejor estado de salud.

9. Servicios de salud.

En este sentido considero que las políticas públicas, son herramientas sumamente importantes para la salud de la población, y no se limitan solamente al sector salud, sino también a los sectores económico, laboral, educación, agricultura, vivienda, servicios sociales, deportes, recreación, cultura.

La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres direcciones:

1. Fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población.

2. Fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la población en otros sectores de gobierno, distinto al de salud y en organismos de masa y sociales.

3. Promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población.

Siguiendo lo expuesto por los autores canadienses en el texto que he citado anteriormente, podemos tomar cinco premisas del enfoque de salud de la población que resultan muy interesantes y creo, fundamentales para lograr un gran avance en este ámbito:

1. La salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos.

2. La salud de una población está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza en la población.

3. Las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que terminan la salud.

4. Es posible lograr ganancias de salud importantes concentrando las intervenciones en la salud de toda la población (o subpoblaciones significativas) en lugar de los individuos.

5. Mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.

Considero entonces, que todo lo anterior logrará ser posible y concretarse, si se promueve una mayor contribución e incumbencia por parte de las ciencias sociales, y

se pueden hacer más aún, con el diseño de investigaciones e intervenciones que permitan conducir las políticas y acciones descritas.

❖ **CAPITULO IV: INCLUSIÓN COMO DERECHO.**

Directamente ligado a la rehabilitación integral de la que se ha hablado anteriormente, se puede mencionar una categoría que desde mi opinión es uno de los ejes fundamentales para lograr una verdadera equidad e igualdad social. El concepto de *inclusión* se debe desarrollar naturalmente en la sociedad.

Tal como menciona la comunicadora Ana Bélgica Güichardo “La inclusión social... es reconocer en los grupos sociales distintos el valor que hay en cada diferencia, el respeto a la diversidad, y el reconocimiento de un tercero vulnerable, con necesidades específicas que deben ser saciadas para que pueda estar en condiciones de igualdad y disfrutar de sus derechos fundamentales”¹⁷

El origen de la exclusión, según Amartya Sen, está en las fallas y deficiencias de los procesos y formas de relacionarse tanto de los individuos como de los grupos sociales. La injusticia y arbitrariedad inherentes al concepto de exclusión social están directamente vinculadas a este origen relacional. Las políticas para lograr un desarrollo inclusivo deben, por consiguiente, abordar y tratar de mejorar estos procesos relacionales. La exclusión social puede reflejar distorsiones del sistema, como la discriminación, las fallas de mercado y los derechos que no se han hecho cumplir.¹⁸

Las personas en situación de discapacidad pasan por situaciones duras en la vida que deben sortear, en unos casos en la soledad interior, pero en otras, con los seres que lo rodean y requieren para su acción, de la eliminación de una serie de "barreras" que están en la sociedad y que le impiden su propio desarrollo.

Estas "barreras" existen desde que el mundo es mundo, siendo la principal barrera la actitud de la sociedad frente a la persona con discapacidad.

Podemos apreciar que las situaciones más notables se levantaron por discriminación hacia este grupo de personas. La discriminación, que ha sido tan negativa como el aislamiento, el rechazo o la aniquilación, como también la institucionalización en asilos, patronatos o grupos no integrados al resto de la sociedad.

¹⁷ Bélgica Güichardo Ana “Inclusion social para la construcción de ciudadanía” 2008

¹⁸ Cfr. Banco Interamericano de Desarrollo en <http://www.iadb.org>

De estas situaciones se desprende la necesidad de que la sociedad frente a este fenómeno social, asuma posiciones más justas para con las personas en situación de discapacidad, tanto a nivel individual como colectivo, y dejar de lado las barreras que separan a las personas en situación de discapacidad.

El documento que con más firmeza ha demostrado ser columna principal para el logro de la equidad y solidaridad con las personas con discapacidad, fue redactado en 1994, por la Organización de las Naciones Unidas, las "Normas Uniformes de Equiparación de Oportunidades", donde quedan explícitas y con mucho énfasis, las necesidades de las personas en situación de discapacidad para el logro de su integración, la igualdad de oportunidades y la participación plena en el desarrollo social.

El trabajo con las personas en situación de discapacidad constituye una tarea mancomunada de todos los actores y sectores de la sociedad para hacer de esta integración una realidad.

Los países del mundo, interesados en el logro de la equidad, están desarrollando en la actualidad acciones para concientizar a la comunidad en los aspectos referentes a los derechos y deberes de las personas en situación de discapacidad, así como, la forma de abordaje integral de los problemas, que desde diferentes ópticas, se presentan con las personas en situación de discapacidad.

“Lo importante en este proceso es el avance y el desarrollo de nuevas formas de entender la temática de la discapacidad que modifican e instalan en el seno de la realidad social nuevas miradas, pasándose de la uniformidad a la diversidad, a la valoración de la diferencia; de la desinformación a la sensibilización mediante la información y la comunicación; de la invisibilidad de las necesidades de la persona a la visibilidad; de la discriminación y exclusión a la dignidad y a la inclusión social.

También en las últimas décadas han habido importantes cambios en las políticas respecto de las personas con discapacidad, pero aún persisten situaciones muy desfavorables que son el obstáculo para garantizar a las personas la plena participación en los distintos ámbitos sociales y que impactan de modo negativo sobre las personas con discapacidad y en sus familias.”¹⁹

¹⁹ Eroles Carlos y Fiamberti Hugo “Los derechos de las personas con discapacidad”. Cap. III. 2008

“El habitus de la discapacidad como práctica cotidiana”

“El entorno socio-cultural en el que nos desenvolvemos nos provee de las herramientas representacionales que nos orientan y guían en nuestro quehacer cotidiano; pero, simultáneamente, el efecto práctico de nuestros actos, así orientados, modifica significativamente ese entorno, modificando con ello los referentes en virtud de los cuales elaboramos nuestras representaciones. Actuamos guiados por el modo de ver las cosas que hemos heredado y adquirido como miembros de los colectivos a los que pertenecemos, pero nuestra acción, lejos de ser un efecto puramente mecánico de esa herencia, transforma dichos condicionantes. Nuestras prácticas cotidianas implican una codeterminación recurrente de acción y pensamiento en la que aprendemos haciendo y hacemos aprendiendo. Ésa es la concepción de la dimensión reflexiva de las prácticas sociales: lejos de asimilarse a la noción consolidada de la reflexividad en las teorizaciones sociológicas, se distancia críticamente de la misma, reivindicando la prioridad de su naturaleza constitutiva, como ingrediente de lo social, que es la condición que permite al investigador social asumirse en su tarea como reflexivo, y no a la inversa. En este distanciamiento crítico, a su vez, se resalta la naturaleza creativa de las prácticas cotidianas, permanentemente sometidas a la lógica del azar y de la incertidumbre. Este doble distanciamiento conduce a proponer, como alternativa frente al concepto ya fijado de la reflexividad sociológica, el de transductividad .

Nuestro contexto social de acción está muy limitadamente adaptado a las necesidades de las personas en situación de discapacidad, lo cual condiciona significativamente sus posibilidades de desenvolvimiento práctico; su diseño sólo toma en consideración, prioritariamente, las necesidades de las personas que no están en situación de discapacidad (ese entorno es construido a partir de los intereses de la mayoría “no discapacitada” para la satisfacción, exclusivamente, de los intereses de las “personas no discapacitadas”). Hay muchas cosas que una persona en situación de discapacidad, a diferencia de quien no lo es, no puede hacer; pero no por su propia limitación, sino por las limitaciones impuestas por su entorno de convivencia (del mismo modo que hay infinidad de cosas que las “personas no discapacitadas” no podrían hacer si no dispusiesen de las facilidades en un entorno adaptado a sus necesidades). Ellos están obligados a adaptarse a ese entorno, mientras que la sociedad

no asume la obligación de promover una adaptación recíproca. Lo cual resulta, además, enormemente contradictorio, pues esa adaptación colectiva a las necesidades de las personas con discapacidad redundaría en beneficio de todos: cuantas medidas de adaptación práctica se promuevan para suplir deficiencias sensitivas, motrices o psíquicas serán beneficiosas tanto para quienes sufren esas deficiencias como para quienes no las sufren.

No es necesario profundizar mucho en la cuestión para comprobar que, tanto por los condicionantes prácticos como por los referentes representacionales, el habitus de las personas en situación de discapacidad se configura, práctica y simbólicamente, como el de un colectivo segregado del conjunto de la comunidad, homogeneizado por su insuficiencia, su incapacidad y su valía reducida respecto de las suficiencias, capacidades y valías de la generalidad de la “población no discapacitada”. Y ello ha de repercutir en los procesos de interacción cotidianos en los que han de implicarse. Se han ampliado progresivamente los derechos adquiridos por las personas con discapacidad; se han promovido medidas políticas e institucionales que reconocen su derecho a la convivencia. Pero la realidad es que ese progreso es sólo nominal; y en gran medida eso se debe a que no se ha contado con las propias personas en situación de discapacidad para decidir en qué sentido progresar.”²⁰

²⁰ Miguel A V Ferreira Op. Cit.

❖ **CAPITULO V: TRABAJO SOCIAL Y LA CONSTRUCCION DE CIUDADANÍA.**

Tomando como referencia lo expuesto por el profesor e investigador Jesús Muyor Rodriguez se puede decir que el Trabajo Social debe de seguir un modelo de intervención que sirva de guía para desarrollar sus actuaciones. El “modelo en Trabajo Social” es definido, según la literatura especializada, como un conjunto coherente de conceptos y pensamientos (teorías y actitudes) de acciones que dibujan una forma de hacer y ordenar la intervención social. Tradicionalmente el Trabajo Social ha seguido, y sigue, en muchos casos, el modelo médico como una manera de afrontar la intervención social. A continuación se verán las características del modelo médico diferenciándolas del modelo de Trabajo Social en la intervención social.

Siguiendo a Cristina de Robertis y Henri Pascal (1994), el modelo médico se basa en un *saber teórico* acumulado que se traduce en términos de conocimientos (biología, psicología y patología). Conoce el cuerpo sano, las diferentes funciones y las distintas enfermedades. De estas últimas conoce las causas, las manifestaciones o síntomas y los medios de tratamiento. Estos conocimientos están limitados a lo que la investigación y la práctica médica producen. La enfermedad es tratada con arreglo a la concepción de lo que es la salud, el cuerpo en buen funcionamiento. El modelo que se desprende de estos conocimientos acumulados y de la utilización de la escisión enfermedad-salud es de orden diverso: en primer lugar se trata de aplicar la norma y el saber a la situación “particular” del paciente. A continuación, se trata de decir de qué sufre la persona, de “diagnosticar su enfermedad”. Luego apoyándose siempre en estos conocimientos, se prescribe un tratamiento al enfermo que tiene como fin curarlo. El médico es en esta coyuntura *aquel que sabe*, el que prescribe y el que curará los males que el otro sufre.

Este modelo es cuestionado en la actualidad por ciertos miembros del cuerpo médico que buscan otra relación entre médico y persona enferma: considerar a la persona en el conjunto de sus facetas biológicas, psicológicas y sociales y no solamente la enfermedad que ella sufre.

Siguiendo a De Roberis y Pascal (1994) podemos añadir que el modelo médico en el que se han inspirado los/as trabajadores/as sociales desde hace décadas, implicaba

la transposición de las ideas, actitudes y acciones del dominio físico al dominio social. Tomando los términos médicos se ha realizado un *diagnóstico social y tratamiento social*. Se intenta elaborar un saber organizado de las “enfermedades sociales”. Pero además esta transferencia implica posicionarse con respecto al otro. El/la profesional del Trabajo Social se lo presupone como aquél que tiene el poder de “curar” al otro. A fuerza de buscar la norma que nos permitiría distinguir al enfermo del sano (al *inadaptado del adaptado, al loco del cuerdo, al marginal de los que no se separan de la norma*) tal vez se ha dejado de ver un aspecto esencial: el movimiento que existe en toda sociedad con sus mecanismos propios, y sus repercusiones sobre los individuos y los grupos que la componen.

El modelo de Trabajo Social en la intervención social se distingue del modelo médico por dos elementos de fondo: primero, el lugar y el poder atribuidos al trabajador/a social, y segundo, la consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación del/a *ciudadano/a*.

La acción del/a trabajador/a social no comienza después del diagnóstico. Su intervención se inicia desde el primer contacto con la persona. La mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de la escucha, las preguntas planteadas, modifican ya algo, cambian la imagen que la persona tiene de sí mismo y de su entorno. La intervención social se inicia inmediatamente, sin esperar las etapas de recolección de datos, sin que el profesional haya tenido tiempo de reconocer las personas o las situaciones de manera profunda. El/la trabajador/a social puede llegar un poco como *intruso* en un contexto del que no conoce previamente las circunstancias. Los sujetos no solamente son los que conocen la situación, también son ellos los que conocen las soluciones más apropiadas para sus problemas, y las que convienen mejor a sus deseos y proyectos.

La situación del/a trabajador/a social no es, entonces, la de la persona que sabe, que va a aportar remedio, que va a curar. Se ha convertido en aquel que va a descubrir una situación desconocida, que va a examinar esta realidad con los interesados, que va a interpelarlos para encontrar las soluciones más adaptadas y que en el curso de ese proceso va introducir cambios, pero va también a ser él mismo modificado gracias al intercambio y al juego de reciprocidades.

El segundo elemento importante que se distingue de la intervención del modelo médico es la toma en consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación de la persona a la que atendemos. La herencia del modelo médico y psicoterapéutico nos ha condicionado fuertemente a analizar toda la situación social en términos de patología y de enfermedad. Nos hemos vuelto capaces de percibir todo lo que se aleja de las normas sociales admitidas en un lugar y en un tiempo dado.

El modelo de intervención social desde el Trabajo Social toma como base de apoyo los elementos positivos y dinámicos existentes, tanto en una intervención con individuos y familias como con unidades de vida social más amplias. En lugar de centrar la acción en los puntos “enfermos” o “desorganizados”, se centra en los cambios en curso, en las modalidades particulares de la comunicación y de relación entre las personas y los grupos, en las potencialidades, en sus dinamismos. Esta voluntad de enfocar lo positivo constituye un cambio radical de aproximarnos en Trabajo Social y necesita de una nueva perspectiva por parte de los/as profesionales. Preconiza ponerse de entrada en una posición activa y optimista, y arrastrar hacia esta perspectiva a los sujetos. Se trata de valorar los aspectos positivos, de utilizar un pequeño cambio, por mínimo que sea, como palanca de dinamismos nuevos (De Roberis y Pascal, 1994: 18-22).

El quehacer profesional en la acción-intervención social puede y debe articularse de modo que constituya una verdadera mediación entre las personas y los grupos sociales, las instituciones y la ciudadanía. Esto supone, por un lado, que las prácticas sociales que promuevan participen de una visión holística e integral, asegurando el máximo aprovechamiento posible de las potencialidades inherentes a los sujetos y de los recursos existentes en un determinado medio; y, por otro, que sus realizaciones se inscriban en un proceso donde las personas sean vistas como agentes activos y potenciales y no como pacientes de problemas o receptores de soluciones diseñadas por los/as profesionales.

Los derechos y los deberes que “regulan” los códigos deontológicos, en los que presuponen de compromisos y responsabilidades de los/as profesionales en y con la sociedad, son elementos fundamentales en este proceso, al invocar expresamente a la coherencia de actuar profesionalmente sin vulnerar la dignidad de los implicados, con criterios de libertad, justicia y equidad (Caride Gómez, 2007:298-300).

La ética en el trabajo social.

“La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los trabajadores sociales. Su capacidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial de la calidad del servicio que ofrecen a quienes hacen uso de los servicios de trabajo social.

✓ Principios

I. Derechos Humanos y Dignidad Humana

El trabajo social se basa en el respeto al valor y dignidad inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden. Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona. Esto significa:

1. Respetar el derecho a la autodeterminación- Los trabajadores sociales deben respetar y promover el derecho de las personas a elegir por sí mismos y a tomar sus propias decisiones
2. Promover el derecho a la participación- los trabajadores sociales deben promover el compromiso pleno y la implicación de los usuarios para reforzarles en la toma de decisiones y acciones que afectan a sus vidas
3. Tratar a cada persona como un todo- los trabajadores sociales deben intervenir con la persona en su totalidad, con la familia, la comunidad, y el entorno social y natural
4. Identificar y desarrollar sus fortalezas. Los trabajadores sociales deben concentrarse en el potencial de las personas, grupos y comunidades y promover su empoderamiento.

II. Justicia Social

Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de promover la justicia social, en relación con la sociedad en general, y con las personas con las que trabajan. Esto significa:

1. Desafiar la discriminación negativa - Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de oponerse a la discriminación negativa por razones de capacidad,

edad, cultura, género o sexo, estado civil, estatus socioeconómico, opiniones políticas, color de la piel u otras características físicas, orientación sexual o ideas religiosas.

2. Reconocer la diversidad- los trabajadores sociales deben reconocer y respetar la diversidad étnica y cultural de las sociedades con las que trabajan, teniendo en cuenta las diferencias individuales, familiares, grupales y comunitarias.

3. Distribuir los recursos equitativamente. Los trabajadores sociales deben asegurarse de que los recursos a su disposición se distribuyen de forma justa de acuerdo a la necesidad.

4. Oponerse a las políticas y acciones injustas- Los trabajadores sociales tienen el deber de llamar la atención de sus empleadores, legisladores, políticos y de la sociedad en general sobre aquellas situaciones en las que los recursos son inadecuados o cuando la distribución de recursos, políticas y prácticas son opresivas, injustas o perjudiciales.

5. Trabajar en solidaridad. Los trabajadores sociales tienen la obligación de oponerse a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión social, estigmatización o subyugación, y trabajar hacia una sociedad inclusiva.

III. Conducta profesional

Es responsabilidad de las asociaciones miembros de la FITS y de la AIETS desarrollar y actualizar regularmente sus códigos de ética.

Es también responsabilidad de las organizaciones nacionales informar a los trabajadores sociales y escuelas de trabajo social sobre estos códigos o directrices. Los trabajadores sociales deben actuar con arreglo al código o directrices de ética vigentes en su país. Las siguientes orientaciones generales sobre la conducta profesional se refieren a:

1. Se espera que los trabajadores sociales desarrollen y mantengan las habilidades y preparación necesarias para desarrollar su trabajo.

2. Los trabajadores sociales no participarán nunca en acciones con fines inhumanos tales como tortura o terrorismo.

3. Los trabajadores sociales deben actuar con integridad

4. Los trabajadores sociales deben actuar con los/as usuarios/as de sus servicios con empatía y atención.

5. Los trabajadores sociales no deben subordinar las necesidades e intereses de los/as usuarios/as a sus propias necesidades o intereses.
6. Los trabajadores sociales tienen el deber de hacer lo necesario para cuidar de sí mismos profesional y personalmente en el lugar de trabajo y en la sociedad, para asegurarse de que pueden ofrecer los servicios adecuados.
7. Los trabajadores sociales deben mantener la confidencialidad de la información sobre los usuarios y el secreto profesional.
8. Los trabajadores sociales tienen que asumir la responsabilidad de sus acciones ante los usuarios de los servicios, las personas con las que trabajan, sus colegas, sus empleadores, las organizaciones profesionales y ante la ley.
9. Los trabajadores sociales deben estar dispuestos a colaborar con las escuelas de trabajo social para apoyar a los estudiantes de trabajo social a acceder a unas prácticas de formación de buena calidad que les permita mejorar su conocimiento práctico.
10. Los trabajadores sociales deben promover y fomentar el debate ético entre sus colegas y empleadores y asumir la responsabilidad de tomar decisiones éticamente fundamentadas.
11. Los trabajadores sociales deben estar preparados para dar cuenta de sus decisiones basadas en consideraciones éticas, y a asumir la responsabilidad de sus elecciones y actuaciones.
12. Los trabajadores sociales deben trabajar para generar unas condiciones, en las organizaciones donde trabajan y en sus países, donde los principios de esta declaración y los de sus códigos de ética nacionales (si los hay) sean debatidos, evaluados y defendidos.²¹

“Los/as trabajadores/as sociales, en gran medida, son percibidos como meros distribuidores de recursos públicos y con poca relación profesional.

Existe una perspectiva de carácter “general” en la que se articulan las necesidades de las personas con los recursos disponibles. En la gestión de los recursos, el/la trabajador/a social ve limitada sus posibilidades de actuación ya que no es el responsable último (por lo general) de fijar los criterios de su distribución. Se encuentra

²¹ FITS “La ética en el trabajo social. Declaración de principios”.

coartado por las condiciones impuestas por la institución y por las presiones de unos destinatarios que, desde una situación de precariedad, a veces extrema, no pueden entender ni admitir las condiciones impuestas por quienes sustentan el poder político. Todo ello crea un serio conflicto al profesional que conoce de cerca la necesidad que se plantea y pese a ello se ve obligado a recortar o denegar una prestación en virtud de unas directrices administrativas determinadas o por un recorte presupuestario en las partidas destinadas a tal fin.

El/la trabajador/a social sabe que el contexto político e ideológico influyen en la profesión y sabe también que con su ejercicio profesional contribuye “lentamente” a la transformación de la sociedad en su conjunto que es el marco en donde se generan las injusticias contra las que está trabajando desde su implicación profesional.

Una de las señas de identidad de la profesión es, o debería ser, el compromiso con la justicia social, ello supone la lucha por construir una sociedad donde:

- Quepan todas las personas (diseñada para la diversidad),
- Haya igualdad,
- Una distribución equitativa de los recursos,
- Un acceso generalizado a los bienes básicos,
- Disminuyan las desigualdades sociales.

En este sentido, no puede obviarse que en las profesiones sociales y en las iniciativas que promueven late un decidido afán reivindicativo: cohesionar a personas y sociedades en torno a iniciativas y valores que promuevan una mejora significativa del bienestar colectivo y, por extensión, de todas aquellas circunstancias que posibiliten su participación en la construcción de una ciudadanía más inclusiva, plural y crítica.

Se deduce y espera que el Trabajo Social sea una profesión que deba hacerse *en, con, por y para* la sociedad. En cualquier caso, asumiendo que se trata de una tarea profundamente desafiante y comprometida, exponente de un ejercicio profesional que debe mirar al futuro enfatizando el protagonismo a la ciudadanía y a los principios que sustentan la ética pública y la deontología profesional. El Trabajo Social no puede limitar la definición de su identidad a los aspectos técnicos e instrumentales, ni tampoco, únicamente relacionando su quehacer con la puesta en práctica de una serie de competencias y destrezas aprendidas durante la formación y práctica profesional. Además se precisa disponer de metas internas, valores, actitudes, principios y

comportamientos que son propios del ejercicio de la profesión en su relación con la ciudadanía, especialmente cuando dicho ejercicio se articula en torno a sus derechos a una vida digna y de calidad (Caride Gómez, 2007).

Como trabajadores/as sociales, es el momento de reflexionar sobre el papel que estamos desempeñando y nuestra parte de responsabilidad en la (re)producción de las limitaciones y desconciertos que esta reestructuración del sistema de protección social de la dependencia y la reorganización del cuidado está desencadenando (Fuentes Gutiérrez, Muyor Rodríguez, Galindo Zamora, 2010).”²²

La actuación profesional con respecto a la discapacidad.

“La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006 puede considerarse como un instrumento de cambio en la visión social y el papel que desempeñan las personas con discapacidad en la actualidad. Este enfoque es importante para el Trabajo Social ya que puede (y debe) orientar los Servicios Sociales y las actuaciones que en ellos se lleven a cabo con este colectivo.

Los/as trabajadores/as sociales tenemos que desarrollar nuestra labor como agentes activos de cambio de la realidad social, teniendo como perspectiva los derechos de ciudadanía. Este planteamiento nos sitúa ante el reto de transformar la mentalidad tradicional (representaciones simbólicas) de la sociedad (en la que se incluyen los propios profesionales e incluso, las familias y personas con discapacidad). Debemos superar la ideología en clave de *guetos* o categorizaciones estancas para pensar en políticas y actuaciones que incluyan la diversidad de la sociedad en la que (con)vivimos (Muyor Rodríguez, 2011c)

Realizar una praxis profesional desde la mirada de los derechos humanos, la dignidad de las personas y los principios de la profesión es un objetivo primordial para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en igualdad que el resto de personas”.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente por el autor con respecto a la intervención profesional, considero totalmente positivas estas reflexiones planteadas

²² Muyor Rodríguez Jesús Op. Cit.

porque promueven un modo de intervención basado en derechos y a su vez generando derechos. De esta manera se podrá disminuir la exclusión social existente y forjar una sociedad mucho más inclusiva e igualitaria.

❖ **CAPITULO VI: MARCO NORMATIVO DE LA DISCAPACIDAD. (Internacional, Nacional y Provincial)**

A nivel internacional la legislación más importante es la denominada “Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad”. “Tras un proceso de cuatro años, el 13 de diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sin duda este instrumento es el resultado de un largo proceso, en el que participaron varios actores, entre los que destacan Estados miembros de Naciones Unidas, Observadores de Naciones Unidas, Cuerpos y organizaciones importantes de Naciones Unidas, Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humanos nacionales, y organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad.

Este nuevo instrumento supone importantes consecuencias para las personas con discapacidad, contando entre las principales, la “visibilidad” de este colectivo dentro del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas, la asunción indubitada del fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, y el contar con una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer los derechos de estas personas. No obstante, más allá de la enorme trascendencia que las cuestiones mencionadas implican, debe tenerse presente que la Convención, no es, ni debe ser, interpretada como un instrumento aislado, sino que supone la última manifestación de una tendencia mundial, a favor de restaurar la visibilidad de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito de los valores, como en el ámbito del Derecho.

En el año 2000 se celebró en Beijing una Cumbre Mundial de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la discapacidad, en donde se sugirió, una vez más, la necesidad de una Convención Temática. La Declaración de Beijing sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el Nuevo Siglo, afirmaba que era ese el momento oportuno para que las organizaciones no gubernamentales y los Estados colaborasen en un proceso dirigido a la elaboración y adopción de una Convención Internacional“. La conferencia instaba a los Jefes de Gobierno de los Estados al inicio del proceso de elaboración de la citada Convención, al mismo tiempo que comprometían a las

organizaciones participantes, en el esfuerzo de alcanzar un instrumento jurídico internacional con fuerza vinculante”²³.

El propósito de la Convención, como lo expresa el Artículo 1, es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

La Convención marca un cambio de actitud y de perspectiva en lo que respecta a las personas en situación de discapacidad. Las considera como miembros activos de la sociedad, titulares de derechos, capaces de ejercitarlos y de tomar decisiones por sí mismos, en lugar de ser objeto de caridad.

La Convención va más allá de las cuestiones sobre el acceso al entorno físico y aborda cuestiones sobre igualdad, eliminación de las barreras legales y sociales, participación, oportunidades sociales, salud, educación, empleo y desarrollo personal. Los Estados que ratifiquen la Convención están obligados legalmente a tratar a las personas en situación de discapacidad como sujetos de derecho que tienen derechos claramente definidos. Tendrán que adaptar su legislación a las normas internacionales que se estipulen en el tratado. La Convención promueve las normas y los principios de derechos humanos y su aplicación desde una “perspectiva de la discapacidad”, fomentando la igualdad de ciudadanía después de una larga historia de discriminación.

“El tratado considera la discapacidad como el resultado de la interacción entre un entorno difícil y una persona, más que como un atributo inherente a un individuo. Reemplaza el antiguo “modelo médico” de la discapacidad por un modelo social y de derechos humanos que se basa en el hecho de que la sociedad es la que “inhabilita” a las personas con discapacidad para que ejerzan sus derechos humanos como ciudadanos”²⁴.

PRINCIPIOS GENERALES

- Dignidad y Autonomía
- No Discriminación
- Participación e inclusión

²³ Palacios Agustina Op. Cit. Cap III

²⁴ Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas -- DPI/2507B – Mayo de 2008

- Respeto y aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad humana
- Igualdad de oportunidades
- Igualdad entre hombre y mujer
- Respeto a las capacidades en evolución e identidad de los niños

Es de gran incumbencia a la investigación mencionar los artículos 25 y 26 de dicha Convención para ampliar conceptos.

✓ “Artículo 25:Salud

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

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

La puesta en práctica de este artículo es fundamental para lograr principalmente una mejor calidad de vida de las personas en situación de discapacidad y además, generar mayores espacios de inclusión dejando de lado cualquier tipo de discriminación. Para que estas medidas puedan aplicarse efectivamente es necesario el compromiso de los Estados Partes y de la sociedad en su conjunto para que juntos logren eliminar todo tipo de discriminación y se trabaje en función de la dignidad y las necesidades de las personas en situación de discapacidad.

✓ Artículo 26 :Habilitación y rehabilitación

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

- a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
- b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

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

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.”²⁵

Con respecto al artículo citado se puede decir que las medidas que menciona no son cumplidas en su totalidad, como debería, sino de manera parcial, ya que si bien desde la salud pública se brinda una atención y servicios gratuitos, estos no son suficientes. No son muchos los lugares públicos donde se brinda la posibilidad de realizar una rehabilitación integral. El servicio de rehabilitación del hospital Lencinas es el único en sus características de la provincia, con lo cual muchas personas en situación de discapacidad tienen que viajar muchos kilómetros para poder asistir a él, o bien perder la posibilidad de realizar su rehabilitación por no poder trasladarse. Por otra parte, no se provee la cantidad necesaria de tecnología y dispositivos como para cubrir la demanda de toda la población con discapacidad. Los Estados Partes debería reforzar la aplicación de este artículo de manera realmente efectiva para generar una “máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”, tal como lo menciona en su comienzo.

Además de la importancia de la Convención, también es necesario destacar lo mencionado por las "Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad", (aprobadas mediante resolución 48/96 por la Asamblea General de la ONU, el 20 de Diciembre de 1993). Este texto expone que la igualdad de oportunidades se relaciona con:

- la posibilidad de acceso al medio físico, a la información y a la comunicación,
- la educación en los diferentes niveles de las personas con discapacidad en entornos integrados,
- la igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado del trabajo,

²⁵ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

- el mantenimiento de los ingresos y seguridad social de las personas con discapacidad y sus familias, una vida en familia que ayude a alcanzar la integridad personal,
- la integración y participación en las actividades culturales y
- la participación en actividades recreativas y deportivas.

“En todos estos aspectos las personas con discapacidad deben poder tener los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población, debiendo los Estados trabajar en la implementación de medidas que ayuden a eliminar los obstáculos sociales para alcanzarla.

La igualdad de oportunidades es el resultado esperado cuando una sociedad fortalece el trabajo en relación a cuatro requisitos que permiten convertir a la igualdad en una realidad. Como tales, son establecidos en los primeros cuatro artículos de las Normas Uniformes, los siguientes:

- la toma de conciencia
- la atención médica
- la rehabilitación
- servicios de apoyo

La Constitución Nacional, a partir de la reforma de 1994, incorpora con jerarquía constitucional a los tratados de integración para la promoción humana. En este contexto, se destacan también las modificaciones introducidas en las atribuciones del poder legislativo en el Art. 75 inc. 23:

Art. 75.- Corresponde al Congreso:

*23." Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia. ””*²⁶

²⁶ Olivera Roulet, Grisel “Una aproximación integral a la discapacidad”

Esta reforma implementada es muy importante ya que significa otro gran aporte a la inclusión y reconocimiento de derechos de las personas. Es fundamental que su cumplimiento sea real y efectivo para lograr los objetivos propuestos en los diferentes tratados de integración para la promoción humana.

A nivel nacional las legislaciones en relación al tema discapacidad han tenido importantes avances. Con respecto a la Convención en la República Argentina se sanciona la Ley N° 26378, la cual expresa lo siguiente:

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

ARTICULO 1º — Apruébese la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas A/ RES/ 61/ 106, el día 13 de diciembre de 2006.²⁷

Una de las leyes más destacadas referidas al tema es la Ley N° 24.901 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad" (Sistema Único), sancionada en 1997 y la Ley N° 25.504 que modifica el Art. 3º de la Ley N° 22.431("Sistema de Protección Integral de los Discapacitados" promulgada en el año 1981), estableciendo el certificado único de discapacidad, en el año 2001.

El principal objetivo del Sistema es garantizar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática (Art.1º, Dec. Reg. 1193/98). Como tal, dicha atención debe brindar una cobertura integral de necesidades y requerimientos, mediante acciones de prevención, asistencia, promoción y protección.

Teniendo en cuenta que la Argentina es un país federal, las Leyes 24.901 y 22.431 permiten, a través de la firma de convenios, que las provincias adhieran a las mismas, como así también unificar criterios en lo que respecta a la certificación de la discapacidad.

En la actualidad en referencia a la unificación de criterios, 17 provincias han adherido al Sistema Único²⁸. Por otra parte Entre Ríos, Ciudad Autónoma de Buenos

²⁷ Ley N° 26378 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Aires y Mendoza han firmado convenios de asesoramiento técnico (Ley N° 22.431) entre los Ministerios de Salud provinciales y nacional a través del cual el Servicio Nacional de Rehabilitación delega la certificación de la discapacidad, lo cual permite a cada jurisdicción emitir certificados de alcance nacional con un criterio uniforme.

Para profundizar un poco más acerca de la Ley N° 24901, se puede señalar que el objetivo de la presente ley consiste en instituir un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Tal como refiere el artículo 2 de esta ley, las obras sociales tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas. El Estado, a través de sus organismos, prestará cobertura a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los servicios necesarios.

Ya situándonos a nivel provincial se deben mencionar las siguientes leyes: Ley Provincia de Mendoza N° 5041 “Régimen de protección para las personas discapacitadas” y la Ley Provincial N° 8345 “Defensoría de las personas con discapacidad”.

Con respecto a la primera de debe exponer que el objetivo principal de esta ley provincial consiste en establecer el Régimen de Protección de las Personas en situación de discapacidad que les asegurará:

- a) La organización del sistema de protección;
- b) Atención médica, educación, seguridad social y aprovechamiento del tiempo libre;
- c) Franquicias e igualdad de oportunidades para su desempeño eficaz en la sociedad.

La ley provincial mencionada anteriormente, fue sancionada en el año 1985, por lo que ciertos conceptos, categorías, condiciones no se adaptan a la actualidad y no logran satisfacer las necesidades de las personas en situación de discapacidad, como debería. Es por esto que el pasado 27 de Agosto de 2013 se propuso modificar la ley

²⁸ Salta, Jujuy, Santa Cruz, Chubut, Tucumán, Río Negro, La Pampa, Córdoba, Santa Fe, Formosa, Catamarca, Chaco, La Rioja, Misiones, San Luis, San Juan, Corrientes.

provincial 5041. Este proyecto fue presentado ante miembros de la Comisión de Desarrollo Social y participaron representantes del Foro Permanente de Áreas Municipales de Discapacidad, dependiente de la DINAADyF. La iniciativa de este nuevo instrumento legislativo corresponde a las diputadas justicialistas Nidia Martini y María Cristina Pérez.

“El objetivo fundamental es la actualización de la norma, acorde con el nuevo siglo, y apuntar a la promoción humana integral y no a un mero asistencialismo. El nuevo régimen asegurará la organización del sistema de protección; atención médica, prevención, rehabilitación, alternativas para su internación, integración laboral, educación, seguridad social y aprovechamiento del tiempo libre y franquicias e igualdad de oportunidades para su desempeño eficaz en la sociedad. La oportunidad de trabajar es central en las modificaciones aludidas, elevando el porcentaje de posibilidades de ingreso de discapacitados en el campo laboral para favorecer la dignidad, equidad e igualdad. En consecuencia se establece la creación del Equipo Interdisciplinario de Evaluación Profesional, que determinará el perfil laboral de la persona con discapacidad postulante a un puesto de trabajo. También hay una adecuación de los porcentajes de personas con discapacidad (10% del total de la población, según OSM) por lo que se pretende que eso se traslade a los porcentajes de ocupación del empleo público de planta permanente y de los contratos de cualquier modalidad. Se creará el Registro de Empleo de Personas con Discapacidad. La concesión para la instalación y explotación de pequeños comercios también está contemplada y regulada. El Estado provincial, entes descentralizados, autárquicos, municipios que adhieren e incluso las empresas privadas que brinden servicios públicos, quedan obligados a otorgar estos espacios y concesionarlos. Se propone también volver a recuperar la Dirección de Asistencia Integral del Discapacitado que, con el tiempo, se transformó en una simple gerencia coordinadora de programas asistenciales. Salud, educación y vivienda también están contempladas en la reforma. En tal sentido se diseñarán con OSEP un sistema de salud para discapacitados. Con la Dirección General de Escuelas alternativas necesarias para la formación y capacitación Con el Instituto Provincial de la Vivienda, elevar al 10% el cupo del total de las viviendas que se construyan para discapacitados. Se introducen modificaciones a lo inherente al transporte y la arquitectura diferenciada. Se agrega la

obligación impuesta a las empresas de transporte se hará extensiva a los acompañantes de las personas con discapacidad que deban desplazarse.”²⁹

Con respecto a la Ley N° 8345 se debe saber que fue sancionada en la provincia en el mes de septiembre del año 2011. Uno de sus artículos menciona lo siguiente:

“Artículo 1º: La Defensoría de las Personas con Discapacidad de la Provincia de Mendoza, es un órgano unipersonal e independiente con autonomía funcional y autarquía financiera. Ejerce las funciones establecidas por la ley sin recibir instrucciones de ninguna autoridad.

Artículo 2º: Es su misión la defensa y protección de los intereses y derechos de las Personas con Discapacidad tutelados por la Constitución Nacional, Tratados Internacionales, Constitución Provincial y las leyes, frente a los actos, hechos u omisiones de la administración pública provincial y municipal, de prestadores de servicios públicos, de entidades financieras y de las personas físicas o jurídicas que generen conflictos con ellas.

Artículo 3º : La Defensoría estará a cargo de un Defensor o Defensora de las Personas con Discapacidad designado por resolución de la Legislatura de la Provincia, adoptada en Asamblea Legislativa, por el voto de las dos terceras (2/3) partes del total de los miembros presentes, en sesión especial y pública convocada al efecto con diez (10) días de anticipación.”³⁰

La creación y existencia de una defensoría de las personas en situación de discapacidad es un recurso que genera un gran apoyo y soporte para ellos. Su rol es fundamental para lograr el cumplimiento efectivo de las leyes que los amparan y generar un acceso real a los derechos que les pertenecen. Es importante que todas las personas en situación de discapacidad tengan conocimiento de esta ley y de la existencia de un defensor para acudir a él siempre que sea necesario.

²⁹ www.hcdmza.gov.ar

³⁰ Ley N° 8345 “Defensoría de las personas con discapacidad”

Segunda parte
METODOLOGÍA,
LECTURA E
INTERPRETACIÓN
DE DATOS

CAPITULO VII: METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta la metodología utilizada durante la investigación para la obtención y análisis de datos. También se considera importante hacer una referencia a las bases teóricas que sustentan la utilización de las técnicas seleccionadas, el porqué de su elección y los resultados obtenidos.

- **METODOLOGIA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN**

En el presente trabajo se utilizó la *metodología cualitativa*. En los métodos cualitativos se actúa sobre contextos reales y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos. La investigación cualitativa depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y sus mismos términos. Implica un compromiso con el trabajo de campo y constituye un fenómeno empírico.

Un paso importante dentro del proceso de investigación es definir el tipo de estudio que se va a llevar a cabo. La tipología se refiere al alcance que puede tener una investigación científica.

En base a esto se puede decir que en esta investigación se desarrolla un estudio de tipo explicativo, ya que si se toma como referencia lo dicho por el autor Hernández Sampieri “los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas”.

Como criterio para la selección de los sujetos a entrevistar en base a los intereses investigativos, el objeto y objetivos de investigación se tomó como universo a los Trabajadores Sociales que forman parte del Servicio Social del Hospital José Néstor Lencinas, como así también a un representante de cada profesión miembro del equipo de trabajo que forman parte del Servicio de Rehabilitación del hospital, entre los cuales encontramos: médicos fisiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, enfermeros, fonoaudiólogas y profesora de educación física.

La técnica utilizada consistió en una entrevista semi-estructurada. En este tipo de entrevista se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. (Actitud de escucha).

Estas entrevistas se realizaron hasta lograr la saturación teórica de lo que se pretendía conocer. Se intentó acceder a las historias clínicas de los pacientes para lograr una investigación más acabada y global, pero no se pudo, ya que las autoridades del hospital consideraron que estas historias se encuentran bajo secreto profesional y solo pueden acceder a ellas profesionales del hospital.

PREGUNTA GENERADORA:

✓ ¿Cuáles son las causas por las cuales una persona en situación de discapacidad es o no excluida del proceso de rehabilitación en el Hospital Lencinas?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

✓ ¿Cuáles son los obstaculizadores institucionales que no les permiten a las personas con discapacidad acceder a su correspondiente rehabilitación?

✓ ¿Existe alguna ley que ampare o garantice el acceso a la rehabilitación?

✓ ¿El sistema de salud le garantiza a todas las personas el acceso a la rehabilitación, si así lo necesitaran?

✓ ¿Cuál es la función del trabajador social a la hora de generar y promover la inclusión de las personas con discapacidad?

✓ ¿Qué otros factores influyen a la hora de generar inclusión social?

✓ ¿Cuáles son los pasos que se deben seguir para acceder a la rehabilitación?

✓ ¿Cuáles son los requisitos que se deben cumplir?

✓ ¿Cuál es la actuación profesional que realiza el equipo de trabajo social en el hospital?

✓ ¿Cuáles son los criterios de los profesionales del equipo que forman parte del hospital para la admisión o no de las personas en situación de discapacidad?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Servicio de rehabilitación del Hospital Lencinas, hay personas en situación de discapacidad que no pueden acceder a la rehabilitación, vulnerando sus derechos y generando exclusión.

OBJETIVO GENERAL.

Indagar las causas de inclusión y exclusión de las personas en situación de discapacidad al proceso de rehabilitación dentro del Servicio de Rehabilitación del Hospital J.N. Lencinas en el año 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Conocer los criterios y la fundamentación del proceso de admisión a la rehabilitación en el Hospital Lencinas.
- ✓ Conocer las respuestas institucionales que se les dan a las personas en situación de discapacidad que quedan excluidas de la rehabilitación dentro del hospital.
- ✓ Indagar la actuación profesional que realiza el equipo de trabajo social en el hospital.
- ✓ Conocer los criterios de los profesionales del equipo que forman parte del hospital para la admisión o no de las personas en situación de discapacidad.

SUPUESTO DE LA INVESTIGACION

Existen impedimentos que hacen que muchas personas en situación de discapacidad no puedan acceder al derecho de su rehabilitación dentro del Hospital Lencinas, generando situaciones de mayor exclusión y vulnerabilidad.

- CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El investigador es quien le otorga significado a los resultados de su investigación, uno de los elementos básicos a tener en cuenta es la elaboración y distinción de tópicos a partir de los datos que se recogen y organizar la información. Para ello se construyeron categorías apriorísticas, es decir, previas al proceso recopilatorio de la información

CATEGORIAS:

- Criterios de admisión.
- Trabajo social y discapacidad.
- Respuestas institucionales en el proceso de admisión.
- Inclusión/ exclusión
- Rehabilitación como derecho.

INTERROGANTES QUE GUIARON LAS ENTREVISTAS

¿En qué consiste el proceso de admisión?

¿Quién o quienes se encargan de realizar este proceso de admisión?

¿Quiénes pueden ingresar a realizar la rehabilitación en el hospital?

¿Cuánto tiempo lleva realizar el proceso de admisión?

¿Cuántos son los trabajadores sociales que forman parte del equipo de admisión en el área de rehabilitación?

¿Cuál es el rol del trabajador social dentro del proceso de admisión?

¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?

¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a las personas en situación de discapacidad que no pueden ingresar al servicio de rehabilitación del hospital?

¿En qué consiste la rehabilitación brindada por el hospital?

¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene como referencia?

¿Qué profesionales forman parte de dicha rehabilitación?

¿Tiene un tiempo de duración determinado?

¿Cuáles son las causas que generan la exclusión de las personas en situación de discapacidad en el hospital?

¿Se realiza algún tipo de trabajo externo o complementario al de rehabilitación que genere la inclusión de las personas en situación de discapacidad?

CAPÍTULO VIII: LECTURA E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

CATEGORIAS	Entr. N° 1 Lic. trabajo social	Entr. N° 2 Lic. trabajo social	Entr. N° 3 médica fisiatra	Entr. N° 4 Lic. en kinesiología	Entr. N°5 Lic. en fonoaudiología
<p>Criterios de admisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “En el servicio de rehabilitación está planificada una admisión interdisciplinaria” ✓ “Se hace una primera entrevista, después se evalúa la situación del paciente en una reunión de equipo y se decide si ingresa al servicio o no” ✓ “Ingresan personas derivadas del Hospital Central o Lagomaggiore” ✓ “El paciente que ingrese debe necesitar una rehabilitación física” ✓ “Uno de los requisitos que se tienen en cuenta es que los pacientes no cuenten con cobertura social” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “La admisión se realiza a través de tres áreas: psicología, fisiatría y trabajo social. Cada uno de los profesionales hace su entrevista en forma individual.” ✓ “...”se determina si el perfil del paciente corresponde con el tipo de rehabilitación que nosotros podemos ofrecer y si es así se sugiere el ingreso del paciente.” ✓ “se realiza una rehabilitación para pacientes que tienen una discapacidad física, pacientes neurológicos o accidentados y en etapa aguda.” ✓ “Los criterios a nivel social de admisión al servicio serian fundamentarles prioridad a aquellos pacientes que no tienen obra social y que puedan asegurar cierto soporte desde el grupo familiar o alguna institución con respecto al transporte.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “El proceso de admisión siempre lo hace el médico fisiatra, acompañado en algunas ocasiones (por falta de recursos humanos) por el trabajador social y el psicólogo”. ✓ “El médico lo revisa e indica un plan de tratamiento, objetivos, rehabilitación.” ✓ “El perfil de paciente que fundamentalmente ingresa es un paciente con secuelas neurológicas que requieren rehabilitación integral.” ✓ “El perfil del servicio es que el paciente sea agudo, pero hay pacientes que nacen con una discapacidad y aunque hayan hecho rehabilitación en algún momento de su vida, como la rehabilitación es un seguimiento, si se necesita que vuelva a ingresar a la rehabilitación se lo ingresa.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Primero el paciente va al médico fisiatra si él considera que es un paciente para ingresar al servicio se hace la admisión en psicología. Una vez que se realiza esta admisión el medico lo deriva a las diferentes áreas.” ✓ “La admisión la realiza principalmente el médico fisiatra, luego psicología y trabajo social también interviene.” ✓ “Ingresan pacientes con todo tipo de problemas neurológicos, tenemos muchos pacientes con ACV, amputados, lesionados medulares, pacientes con esclerosis lateral amiotrofica (ELA), traumatismos encéfalo craneanos (TEC).” ✓ “Generalmente, este es un servicio para pacientes con problemas recientes, es decir, agudos.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “El paciente acude al servicio por su voluntad o por derivación. Y para la admisión piden un turno, los médicos fisiatras le realizan la admisión y es derivado según el caso al psicólogo, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, trabajo social... cada uno de nosotros, cuando el paciente ingresa, evalúa si necesita de esa área o no” ✓ “Todos los martes tenemos reunión de equipo, los médicos presentan al paciente, su patología y ellos los derivan a todas las áreas. Demorara una semana aproximadamente.” ✓ Los pacientes que ingresan son agudos. Por ej. TEC, accidentes de tránsito que se encuentran en el hospital central y luego son derivados al servicio. Tenemos también algunos pacientes crónicos que necesitan seguimiento.”

<p>Trabajo social y discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Hay solamente dos trabajadores sociales para todo el hospital.” ✓ “Se ha tomado como referente a uno de los lic que forma parte del Servicio Social del hospital... pero no está totalmente abocado a esa función” ✓ El rol del trabajador social: “conocer la sit social del paciente, orientarlo tanto a él como a su flia en cto a sus derechos, recursos” ✓ Criterios profesionales para la admisión: “la accesibilidad. Conocer si hay movilidad familiar o por cuenta propia., se trata de buscar opciones para conseguirla” ✓ “El objetivo nuestro es lograr el mayor grado de autonomía posible en la persona. Que conozca y decida sobre su tratamiento, sobre su vida.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “No hay un trabajador social en el equipo de rehabilitación. Yo soy de alguna manera el referente en el equipo, pero dependo de servicio social.” ✓ “Lo que más me interesa es que el paciente y la familia logren, durante el tránsito por la rehabilitación que se le brinda en el hospital, acceder y resolver determinadas cuestiones básicas.” ✓ “tener asegurado el traslado, para que pueda acceder efectivamente al servicio; por otro lado gestionar todos aquellos pedidos que tienen que ver con elementos de tecnología biomédica, medicamentos que van a asegurar que pueda hacer su rehabilitación y pueda tener mejor calidad de vida.” ✓ “se intenta resolver el tema de los ingresos, realizar jubilación o pensión según corresponda y ver también el tema de la familia, como está reorganizándose después de la aparición de la discapac en uno de sus miembros.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “No hay por falta de recursos. Hemos pedido en reiteradas oportunidades, hay solo dos trabajadores sociales para todo el hospital y hay muchos programas y áreas donde ellos tienen que responder.” ✓ “Decimos que el trabajador social es como el abogado del paciente. Evalúa la situación social, económica, familiar, laboral, educacional. Le hace conocer al paciente deberes, derechos que tiene en salud, derechos de discapacidad.” ✓ “El trabajador social tiene que intervenir desde el día que el paciente ingresa al servicio, lo tiene que acompañar en el proceso de rehabilitación, junto con los demás profesionales. Trabajar desde el inicio hasta que se vaya de alta y también a veces tiene que hacer seguimiento del paciente.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Al trabajador social le mandamos pacientes que tienen problemas por ejemplo con los traslados y con todo lo relacionado a lo social. Cuando veo que tienen problemas con sus viviendas. Pero sobre todo los derivamos por el tema de la movilidad que es uno de los requisitos fundamentales. Muchas veces empiezan el tratamiento y por no tener como llegar faltan mucho y el tratamiento no tiene los resultados que debería.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “El trabajador social es muy importante. Hemos estado pidiendo reiteradas veces a un trabajador social como parte del equipo, ya que el que tenemos no es exclusivo del servicio. En el hospital solamente hay dos para toda la institución. Es muy necesario su trabajo porque se necesitan los certificados de discapacidad, trabajar con toda la parte social del sujeto, documentaciones. Buscar movilidad para trasladar a los pacientes a otros lugares.” ✓ “No hay trabajador social yo creo más que nada por problemas políticos.”
---	--	--	--	--	---

<p>Respuestas institucionales en el proceso de admisión</p>	<p>✓ “Se trata de ver que otras alternativas se pueden encontrar en los municipios, alguna actividad con cierto seguimiento. Se recurre también al área de discapacidad.” ✓ “Se les ofrece en algunos casos consultas médicas periódicas”</p>	<p>✓ “Si acude un paciente que hace 10 años sufrió un ACV y nunca hizo rehabilitación, ya no correspondería atenderlo en el servicio, no tendría el perfil y allí se realiza la derivación a otro lugar más apropiado, algún gimnasio o algo por el estilo.”</p>	<p>✓ “Depende de las necesidades del paciente. Si necesita hacer una actividad física se lo deriva, y si es crónico o leve o lo puede tomar otro efector del estado se lo deriva en general a los gimnasios municipales.” ✓ “Lo que siempre se hace es darle herramientas al paciente para que pueda continuar teniendo una actividad.”</p>	<p>✓ “No estoy muy interiorizada en ese tema porque estoy en otra área pero seguramente sí. Se les explica las razones de porque no ingresa y en algunos casos se los deriva porque el paciente con discapacidad no puede quedar sin atención.”</p>	<p>✓ “Si no ingresan es porque no son el perfil. El paciente tiene que ser: agudo, tienen que responder a las patologías que acá se tratan, pero no se los deja a la deriva, se les da una orientación. Hay pacientes que son evaluados, son contenidos y después son derivados a otros profesionales porque tienen una patología que acá no se trabaja.”</p>
<p>Inclusión/exclusión</p>	<p>✓ “En el caso del hospital la principal causa es la movilidad” ✓ “Otro de los factores que influye es la continuidad del tratamiento... debido a la falta de personal y recursos.” ✓ “Desde la parte social es el armado del expediente para que puedan tramitar la pensión.”</p>	<p>✓ “Causas: son múltiples, principalmente los prejuicios.” ✓ “...laboralmente tienden a considerar a una persona con discapacidad como menos productiva.” ✓ “Familiarmente pasan un montón de cosas.”</p>	<p>✓ Causas: “A nivel social, falta de información. Falta de educación en las escuelas con respecto al tema. No les enseñan conceptos ni información acerca de que existe la discapacidad. En lo laboral, la competitividad de las empresas.” ✓ La falta de acceso a los servicios de rehabilitación porque hay muy pocos en la provincia y en el país, acá fundamentalmente por lo que no acceden en muchos casos es la falta de transporte.” ✓ “La falta de políticas de salud orientadas a las</p>	<p>✓ “En el tema de infraestructura es donde creo que se sienten más limitados. Llegar y encontrarse con una escalera es una limitación muy importante. A nivel laboral también hay un cierto rechazo. El tema de la movilidad también, los micros no están todos adaptados y limita la independencia de la pers” “si no hay movilidad para acceder al servicio pierden su tratamiento o no lo pueden continuar.”</p>	<p>✓ “Una de las causas principales es el desconocimiento de la discapacidad. Hay personas que ven a otra con una discapacidad motriz y piensan que cognitivamente no funcionan y no es así, es igual que cualquier otra persona. Pero cuando la gente comprende estas situaciones las cosas cambian. Tratar el tema de discapacidad no es solo poner rampas.”</p>

			personas en situación de discapacidad son muy importantes para mejorar esta situación. Hay algunas pero tal vez necesitan alguna reestructuración.”		
Rehabilitación como derecho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “La rehabilitación está conformada por kinesiología, psicología, fonoaudiología, terapeuta ocupacional, trabajo social. También colabora un psiquiatra.” ✓ “Se apunta a la rehabilitación integral, es por eso que el equipo está conformado por diferentes profesionales.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “El equipo está formado por diversos profesionales: kinesiólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisiatría, psiquiatría a través de interconsulta solamente porque no es parte del equipo, gimnasia terapéutica, enfermería.” ✓ “Rehabilitación: consiste en tratar de conseguir la reinserción del paciente a su ámbito cotidiano logrando el mayor nivel de funcionalidad.” ✓ “...ver a la persona como un todo, desde todas las disciplinas que formamos el equipo; y tratar de que la persona consiga funcionar de la mejor manera posible dentro de su ámbito natural.” ✓ “...es fundamental para esto trabajar con las familias.” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Profesionales: Médico fisiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, fonoaudióloga, licenciada en psicomotricidad (profesora de educación física), enfermeros y hay una persona de discapacidad que es auxiliar en ortesis y prótesis.” ✓ “La rehabilitación es de acuerdo al plan terapéutico y los objetivos que tenga el paciente.” ✓ “No hay un límite... Siempre depende de los objetivos. Pero siempre el proceso de rehabilitación tiene que tener un fin, fin es cuando el paciente logra reinsertarse socialmente, familiarmente, laboralmente que es la parte más difícil.” ✓ “En la rehabilitación debemos mirar el positivo de la película y no el negativo. Es ver en el otro el potencial que tiene y no el déficit, y 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Con la rehabilitación logramos que el paciente mejore su calidad de vida, recuperar la movilidad en el caso de los kinesiólogos trabajamos la movilidad, fortalecimiento, marcha en el caso de que se pueda lograr.” ✓ “En muchos casos cuando vemos que el paciente ya está mejor, que logró una cierta independencia se lo pasa con la profesora en donde hacen un trabajo más grupal.” ✓ “La duración es de aproximadamente unos seis meses. A veces se puede llegar al año. Pero no menos de 6 meses.” ✓ “La rehabilitación es ayudar al paciente a lograr una mejor calidad de vida. Volverlo a la sociedad a través de un montón de áreas, es un trabajo muy complejo pero eso es lo que 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “El paciente que ingresa es evaluado por los médicos fisiatras y son presentados en la reunión de equipo. Están los enfermeros que le toman la presión al paciente cada vez que viene, el equipo de médicos fisiatras, el equipo de kinesiólogos, el equipo de psicólogos, fonoaudióloga, terapia ocupacional, taller de ortésis, trabajador social y gimnasia terapéutica.” ✓ “Los pacientes en mi área suelen estar más de un año, pero en el resto de las áreas no. Depende de cada profesional y como avance el paciente.” ✓ “La rehabilitación es una ciencia aparte, en donde se trabaja interdisciplinariamente. Se tiene que trabajar en equipo. Cuando una función está dañada, están dañadas varias.”

“La rehabilitación como derecho de las personas en situación de discapacidad”

			hacerle ver ese potencial que tiene porque sino la persona se centra en un negativo que dificilmente le permita salir adelante.”	yo quiero personalmente. Trabajamos como un equipo multidisciplinario muy activo.”	
--	--	--	--	--	--

CATEGORIAS	Entr. N° 6 Lic. en psicología	Entr. N° 7 Lic. psicomotricidad			
<p>Criterios de admisión</p>	<p>✓ “Los mecanismos de conexión con las personas que quieren ingresar generalmente son a través de la atención primaria de la salud Hospital Central, Hospital Lagomaggiore.” ✓ “Se realiza una evaluación de admisión en la parte médica para ver si hay un perfil, el cual sería lo neurológico, también esta lo traumatológico, pero hay una tendencia a un perfil neurológico” ✓ “En el área de psicología también se realiza la admisión al igual que en trabajo social.” ✓ “La tendencia es tomar al paciente en el período agudo, lo más tempranamente posible, porque tiene un mejor resultado la rehabilitación.”</p>	<p>✓ “El paciente acude al servicio, se le da un turno para que luego asista a una evaluación donde se decide a que profesional debe concurrir.” ✓ “La entrevista es realizada por los médicos fisiatras, trabajador social y psicólogo.” ✓ “Pueden rehabilitarse aquí en el servicio principalmente pacientes neurológicos, adultos y jóvenes.” ✓ “Por lo general tienen que estar en una etapa aguda de su problemática, es donde más hay que trabajar.”</p>			

<p>Trabajo social y discapacidad</p>	<p>✓ “El trabajador social es del hospital.” ✓ “Es un requisito muy importante lo social, la parte de asistencia y de orientación.” ✓ “Cuando se necesita una derivación o lo que sea siempre se lo envía al paciente con el trabajador social.”</p>	<p>✓ “El rol es muy importante porque es el encargado de realizar la primera evaluación del paciente, evaluar sus condiciones.” ✓ “No hay un trabajador que sea fijo en el servicio pero la participación del trabajador social del hospital es constante.” ✓ “Es muy importante para los pacientes porque ayuda a orientarlos en su nueva condición adquirida, y esto es fundamental porque se modifica toda la vida social y familiar del paciente.”</p>			
<p>Respuestas institucionales en el proceso de admisión</p>	<p>✓ “generalmente lo hace la parte médica porque es el criterio de exclusión de alguna manera.” ✓ “Tiene que haber una derivación porque la persona que acude al servicio evidentemente algún problema tiene. Los mecanismos de derivación son de acuerdo al problema que tenga la persona.”</p>	<p>✓ “A los pacientes que no ingresan se los deriva y orienta a otras instituciones con las que tenemos contacto, según lo que tenga el paciente por supuesto. Pero si la persona no entra al servicio es porque no le corresponde ingresar aquí.”</p>			

<p>Inclusión/ exclusión</p>	<p>✓ “estamos tratando de armar trabajo en grupos, capacitarlos en grupo, porque va ha haber mayor cantidad de psicólogos.” ✓ “Seria buenísimo poder trabajar con cada uno y orientarlos o enseñarles a adaptarse en el campo, según el medio en el que se desenvuelven cotidianamente pero lamentablemente no dan los tiempos ni los recursos” ✓ Causas de exclusión: “tienen que ver con problemas económicos...” “un criterio de exclusión es la cultura, la gente que más bagaje cultural ha tenido se reinserta mucho más rápido porque tienen más chances de salir, mientras que aquellos que tienen menos cultura les cuesta reinsertarse...” “Muchas veces el estigma social es compartido por el mismo paciente, la misma gente se excluye porque no quieren que la vean, no soportan la diferencia de que la consideran discapacitada, en algunos casos la misma familia los esconde.”</p>	<p>✓ “En muchos casos se trabaja con las familias en conjunto desde todas las áreas.” ✓ “una de las causas más preponderantes es lo económico. Muchas personas antes de ingresar al servicio eran sostén de familia y ya no pueden seguir manteniendo ese rol y sumado a que en la actualidad, estamos pasando por una situación económica complicada, hace que se modifique todo el esquema familiar y de alguna manera se vea afectado.” ✓ “En muchos casos también los pacientes ya se encuentran excluidos desde antes de ingresar.” ✓ “Pero claramente lo económico es una causa muy importante de exclusión, lo que lleva a que se vean afectados muchos otros aspectos de la vida de la persona.”</p>			
--	---	---	--	--	--

<p>Rehabilitación como derecho</p>	<p>✓ Rehabilitación: “es una práctica tendiente a la reinserción y que tiene que acompañar el sistema de vida de una persona particular.”</p> <p>✓ “... lo importante es dosificar y hacerle ver a la persona que cambia su sistema de vida. Tiene que empezar a implementar lo que hace en el servicio como parte de su vida...”</p> <p>✓ “ hay muchos pacientes que no quieren irse porque encuentran al servicio como un lugar de contención, tienen respuestas médicas que les genera una sensación de seguridad”</p> <p>✓ Equipo: “La parte médica conformada por tres fisiatras, servicio social, el área de fonoaudiología, terapia ocupacional, los kinesiólogos, el área de enfermería, el área de gimnasia, el camillero (uno solo para todo el hospital), psicología, el área de ortésis y prótesis y la secretaria.”</p>	<p>✓ “Lo que se intenta es poder organizar todas las competencias globales del paciente. Se trabaja en cada área según el problema que tenga.”</p> <p>✓ “Yo trabajo con los pacientes que ya están más avanzados en su recuperación. Pero es un trabajo interdisciplinario muy completo el que se realiza aquí en.”</p> <p>✓ Profesionales: “Fisiatra, psicólogo. Kinesiólogos. Fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, gimnasia terapéutica, trabajos social y a través de interconsulta también se trabaja con una nutricionista.”</p> <p>✓ “El tiempo de duración es relativo. Lo bueno es que una vez que el paciente es dado de alta, se les realiza un seguimiento a través de consultas médicas, hasta que dejan de venir.”</p> <p>✓ Rehabilitación:” tiene que ver con la capacidad de lograr estabilidad y un equilibrio en todos los aspectos de la vida cotidiana del paciente. Y con intentar que logre una cierta autonomía.”</p>			
---	--	--	--	--	--

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Descripción del ámbito institucional.

El hospital José Néstor Lencinas es un centro asistencial de mediana complejidad especializado en el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas y pulmonares. Éste cuenta con el servicio de rehabilitación integral más grande de la provincia (patologías neurológicas y traumatológicas).

Se proyectó en 1916 y se construyó en 1922 para atender los casos de tuberculosis de la provincia; se ubica en el departamento de Godoy Cruz en la calle TALCAHUANO S/n- Villa Hipódromo.

El hospital recibe a pacientes de toda la provincia, muchas veces de zonas muy alejadas. Cuenta con dos unidades de atención, la UME (Unidad de Mediana estancia) y la UCE (Unidad de Cuidados Especiales), que sirven para la internación de los pacientes de Infectología y Rehabilitación.

El servicio de rehabilitación del hospital Lencinas es cabecera del sistema de salud pública provincial. En este sector se tratan diversas patologías neurológicas o traumatológicas. La mayoría de los pacientes presentan problemas neurológicos como accidentes cerebrovasculares, traumatismo de cráneo, encefálico o amputaciones.

La mayoría de los profesionales que forman parte del servicio de rehabilitación son trabajadores contratados por el hospital, no sucede lo mismo con el psicólogo y la auxiliar de ortésis y prótesis que son enviados por la dirección de discapacidad. El sector cuenta con diversos profesionales. Tiene un área médica integrada por fisiatras, ortopedista. También cuenta con áreas de psicología y otra de kinesiología donde se hacen los tratamientos de neurokinesiología y cardiorrespiratorios. El servicio se complementa con fonoaudiología, terapia ocupacional, gimnasia terapéutica y enfermería.

Es importante destacar uno de los cambios que se ha generado en el último tiempo en el hospital y que de alguna manera ha generado que su servicio se extienda a una mayor cantidad de personas y es que en la actualidad se recibe a pacientes con obras sociales. Si bien no existe un convenio con estas, por temas de infraestructura del servicio, al ser único en sus características en toda la provincia existe la posibilidad que

pacientes que no estén conformes con los servicios que les ofrece su obra social, puedan ser atendidos en el hospital pagando la cobertura correspondiente.

Semejanzas y diferencias:

○ Categoría n°1 Criterios de admisión: Dentro de esta primera categoría establecida, se puede decir que la totalidad de los profesionales entrevistados coincidieron en que la admisión dentro del servicio es de carácter interdisciplinaria en donde se realizan entrevistas al paciente y se decide a través de una reunión de equipo quienes tienen la **prioridad** para ingresar a la rehabilitación. Esta prioridad está dada por la alta demanda al servicio, y con la infraestructura actual y los recursos humanos con que se cuenta no se logra cubrir la demanda al 100%. Esto genera también en algunos casos que se produzcan listas de espera de pacientes. No obstante a esto la atención profesional es excelente y los pacientes se sienten muy cómodos y contenidos por los profesionales y la institución.

Con respecto al perfil del paciente que puede ingresar, los profesionales manifestaron que el servicio se caracteriza por trabajar con pacientes principalmente con secuelas neurológicas que requieran una rehabilitación integral, como así también trabajan con pacientes con secuelas producidas por accidentes de tránsito, amputados, traumatismos encéfalo craneanos (TEC), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), entre otros, todos ellos en su etapa aguda.

Cuando se habla de etapa aguda, se hace referencia a la etapa posterior más reciente del paciente, a haber sufrido el accidente o la problemática que le haya generado la discapacidad. En esta etapa es donde tiene un mayor resultado la rehabilitación. Aclararon también que en ciertos casos se trabaja con pacientes crónicos a través de las consultas médicas o un seguimiento de su problemática.

No hay diferencias en cuanto al criterio de admisión lo cual puede hablar o dar cuenta del trabajo interdisciplinario y la metodología con que este se va construyendo, como por ejemplo las reuniones de equipo semanales.

○ Categoría n°2 Trabajo Social y discapacidad: una de las principales y más destacada coincidencia encontrada entre todos los profesionales es la *importancia* de

poder adquirir un trabajador social que sea exclusivo del equipo, ya que el que colabora en el servicio es parte de servicio social del hospital y no pertenece al área de rehabilitación.

Se coincidió en la importancia del rol del trabajador social dentro del equipo, ya que es el que conoce y se interioriza en la situación social, familiar, laboral del paciente y lo orienta tanto a él como a su familia en cuanto a los derechos y beneficios que tienen, trámites a realizar, tramitación de elementos o materiales ortopédicos.

Que no haya un profesional de trabajo social exclusivo para el servicio, genera un gran impacto en el mismo, ya que existe una necesidad actual de un profesional que aborde la temática desde lo social en forma exclusiva y se dedique con mayor tiempo y profundidad a los diferentes casos que así lo requieran. Esta falta de trabajador social hace que desde servicio social se intervenga desde una manera más asistencialista, no porque sea ese el objetivo, sino que la falta de tiempo hace que así sea. Si bien en algunos casos si se realiza un trabajo más profundo y de seguimiento, no es lo que se puede hacer con todos los pacientes, lo cual sería lo ideal.

Las tareas que realiza en la actualidad el trabajador social según lo manifestado por los profesionales y lo observado en el periodo de investigación tienen que ver con: asegurar el traslado para que el paciente pueda acceder efectivamente al servicio, gestionar todos aquellos pedidos que tienen que ver con elementos de tecnología biomédica y medicamentos que van a asegurar que pueda hacer su rehabilitación. Se intenta resolver la situación económica, realizar jubilaciones o pensiones; y también tramitar el certificado de discapacidad.

Teniendo en cuenta el concepto de discapacidad, que destaca lo social en la definición de este y los mecanismos de exclusión, habría que preguntarse acerca de esta situación de la falta de un trabajador social: ¿es por falta de presupuesto?, ¿es por la concepción de discapacidad que tiene la institución?, ¿es por una política institucional? Teniendo en cuenta también, que es el único servicio de rehabilitación en su forma dentro de la provincia y la gran demanda de pacientes que tiene, habría que replantearse cuán importante es el rol del trabajador social para un mejor funcionamiento del servicio y una mayor y mejor atención a los pacientes que concurren.

○ Categoría nº3 Respuestas institucionales en el proceso de admisión: los pacientes que no ingresan al servicio principalmente es porque no lo necesitan o no coinciden con el perfil con el cual se trabaja. Este perfil hace a la especificidad profesional y a las oportunidades de rehabilitación que ofrece el servicio. Para estos pacientes, también se buscan respuestas que tienen que ver con la coordinación institucional, son derivados a otras instituciones públicas como por ejemplo gimnasios municipales, según la actividad que requiera el paciente. O bien se les brinda la posibilidad de realizar consultas periódicas con los profesionales del equipo. Siempre se trata de darles herramientas para que puedan continuar con una actividad.

No obstante a esto, surge una diferencia por parte de una entrevistada que cuestiona la red de recursos y su eficacia, manifestando que estas en la mayoría de los casos son “mentirosas”, que “existen y no existen”.

○ Categoría nº4 Exclusión/Inclusión: dentro de esta categoría se lograron observar semejanzas y diferencias entre los diferentes profesionales. La trabajadora social, la fisiatra y la kinesióloga coincidieron en que una de las causas que afecta el acceso al servicio y por lo tanto genera la exclusión tiene que ver con *los medios de transporte* y movilidad. El psicólogo y la licenciada en psicomotricidad destacaron que una de las causas principales de exclusión tiene que ver con la *situación económica* que vive el paciente.

Otra de las semejanzas halladas es que tanto el psicólogo, la fonoaudióloga como la fisiatra coinciden en que la exclusión de las personas en situación de discapacidad es generada en gran medida por la falta de información y educación de la sociedad acerca del tema. La licenciada en kinesiología destacó que las barreras arquitectónicas son grandes generadoras de exclusión. Y algo a resaltar, es que solo un profesional mencionó la mal aplicación y la falta de políticas públicas sobre la temática de la discapacidad como una causa generadora de exclusión.

Donde se encontró una mayor coincidencia entre casi todos los profesionales es en que los prejuicios en cuanto a la capacidad laboral de la persona en situación de discapacidad generan una gran exclusión, lo cual afecta a diversos aspectos de la vida de la persona. Esto puede constituir una futura línea de investigación, ya que los

profesionales lograron expresarse acerca de este tema. Fue un dato que emergió de la investigación y que me resultó muy interesante para tener en cuenta y trabajar sobre eso.

Con respecto al aporte para la promoción de la inclusión, se coincide desde el área de trabajo social con que la tramitación de pensiones, certificados de discapacidad, conseguir los elementos de prótesis necesarios, realiza un gran aporte a generar mayor inclusión. Todos los profesionales de todas las áreas trabajan tanto con el paciente, como con la familia del mismo, orientándolos, brindándoles información y capacitándolos acerca de derechos y beneficios que ayuden a su desarrollo en la sociedad.

Existe una gran demanda de pacientes en el servicio y la cantidad de profesionales no es la suficiente como para cubrir esta demanda en su totalidad, lo que de alguna manera genera mecanismos, no intencionales, de exclusión.

La residencia de los pacientes y la falta de respuesta para ellos en materia de rehabilitación en las proximidades del departamento es también una condición de exclusión. El ser el único y más importante centro de rehabilitación de estas características, hace que acudan pacientes de diferentes departamentos de la provincia, y si éstos no cuentan con algún tipo de movilidad propia no pueden asistir y quedan excluidos de este derecho.

Cabe aclarar que la palabra *paciente* proviene del latín *patiens* (“padecer”, “sufrir”), *paciente* es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar). El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento.

Aquí se podría presentar algún tipo de planteo en cuanto a la utilización del término “paciente” en los diferentes discursos. Si bien la institución pertenece al área de la salud, donde este término es aceptado y utilizado cotidianamente, desde lo social no estoy de acuerdo con su utilización, ya que la persona debe posicionarse desde un lugar activo, propositivo, emprender y proponer sus propios objetivos y metas, y no colocarse en un lugar pasivo y de espera. Desde mi perspectiva personal considero que se puede generar una convivencia entre los distintos paradigmas e interpretaciones del término, ya que es un equipo que tiene una lógica de trabajo horizontal y donde no se genera de

manera tajante la hegemonía médica que generalmente sucede en la mayoría de las instituciones de salud.

Categoría n°5 Rehabilitación como derecho: aquí se pudo observar claramente que cada profesional tiene su propia concepción acerca de lo que es la rehabilitación. Se encontraron algunas semejanzas y diferencias entre la información obtenida, pero donde todos los profesionales coincidieron plenamente es en que la rehabilitación debe ser de manera interdisciplinaria e integral y que el objetivo principal es lograr mejorar la calidad de vida del paciente.

Con respecto a las diferencias en el tema rehabilitación se puede decir que no existen entre los profesionales del equipo. Todos comparten las mismas concepciones y objetivos, esto hace que se genere una horizontalidad a la hora de trabajar que beneficia y optimiza tanto el trabajo en equipo, como los resultados en los pacientes.

La definición de rehabilitación que se toma en esta investigación menciona que es un proceso interactivo de aprendizaje entre el paciente, su familia y la comunidad, con la aplicación de procedimientos para que logre su estado funcional óptimo, tomando en cuenta sus capacidades residuales, logrando una mejor calidad de vida. La rehabilitación abarca la recuperación física, psíquica, social y laboral, es decir, que su recuperación sea global. En la actualidad se trabaja en forma interdisciplinaria, en donde se habla el mismo idioma y se evalúan de la misma forma al paciente, pues se tiene un objetivo en común.

Por lo tanto se puede decir que esta definición coincide con la que se tiene y se pone en práctica en el servicio.

HALLAZGOS.

En las entrevistas realizadas se pudo encontrar una serie de información complementaria a la investigación que puede ser catalogada como hallazgos dentro de la misma. Esta información, no menos importante, tiene que ver con lo que cada profesional desea alcanzar como objetivo o finalidad en el área de la discapacidad, desde su profesión.

Desde el área de trabajo social el objetivo es lograr el mayor grado de autonomía posible en la persona. Que conozca y decida sobre su tratamiento y sobre su vida. Lo

que más interesa es que el paciente y la familia logren, durante el tránsito por la rehabilitación, acceder y resolver determinadas cuestiones básicas (se intenta resolver el tema de los ingresos, realizar jubilación o pensión). También trabajar sobre la familia, como está reorganizándose después de la aparición de la discapacidad en uno de sus miembros.

Desde el área de kinesiología establecen como objetivo principal la mejora del paciente, que él pueda lograr sus propios objetivos. Mejorar su calidad de vida y adaptarse de la mejor manera a su vida cotidiana.

En fonoaudiología establecen como objetivo que el paciente pueda, dentro de sus posibilidades, valerse por sus propios medios. Y que pueda reinsertarse en la sociedad de la mejor manera posible.

En fisioterapia se intenta reintegrar o incluir al paciente en el medio familiar, social, laboral, educacional. Pero para llegar a este objetivo es necesario atravesar un proceso. Desde lo médico se intenta trabajar con el potencial que tiene la persona y sobre ese potencial se van a fijar los objetivos posibles para que el paciente logre la independencia en actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, vestido, pasajes). Lograr un mayor y mejor funcionamiento de la persona.

Desde psicología el objetivo tiene que ver con la reinserción de la persona en situación de discapacidad. Se trata de elaborar duelos y asumir la nueva situación de vida. Se intenta que la persona se establezca objetivos de vida y logre una cierta autonomía.

Tercera parte

CONCLUSIONES Y

PROPUESTA

FINAL

CONCLUSIONES

La salud y el derecho a una asistencia sanitaria eficaz y satisfactoria es un elemento esencial de las sociedades democráticas avanzadas, es un presupuesto esencial para el desarrollo de los demás derechos que tiene reconocidos los ciudadanos para alcanzar una vida personal y social plena y participativa. Determinados tipos de discapacidad reclaman un tratamiento particularmente intenso en términos de recursos, programas de acción y atención a fin de ir resolviendo situaciones de una enorme gravedad y complejidad. Para ello, se requiere una Política de Estado, con planes y programas que abarquen el territorio de la provincia, dotados humana y financieramente, que contengan la situación de desventaja de las personas con discapacidades.

El supuesto planteado al comienzo de esta investigación de que “existen impedimentos que hacen que muchas personas en situación de discapacidad no puedan acceder al derecho de su rehabilitación dentro del Hospital Lencinas, generando situaciones de mayor exclusión y vulnerabilidad”, es validado por medio de los datos obtenidos y analizados en el presente trabajo. Si bien en los últimos 3 años esta situación ha mejorado y se ha intentado, desde la institución, generar un mayor espacio de inclusión, siguen existiendo determinadas causas inter e intra institucionales, que hace que muchas personas en situación de discapacidad sigan sin poder acceder plenamente al ejercicio de su derecho a la rehabilitación.

Se ha podido observar que entre las principales causas por la que muchas personas no pueden acceder a su rehabilitación se encuentra la *falta de recursos económicos* y los problemas de *transporte y movilidad*. Si bien en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad hay una serie de artículos que amparan estos derechos, como por ejemplo el artículo 20 “movilidad personal” y el artículo 28 “nivel de vida adecuado y protección social”, se puede observar que en este caso no son cumplidos como debería. Son varias las normas legales que se encargan del tema en cuestión, pero aun así, entre todas no llegan a formar un sistema efectivo que garantice el cumplimiento de su contenido.

Si se habla por ejemplo del transporte público, tal como la palabra lo indica es un derecho de todas personas, y se refiere al acceso a un bien social, pero éste se ha

visto impedido para las personas con movilidad reducida. Esto se debe a que los vehículos o el acceso a los mismos no están adaptados en su totalidad a sus necesidades; por lo tanto, algo que es público, que es para todos, está negado para ciertos ciudadanos. La solución que les queda es contar con movilidad propia, que en la mayoría de los casos no se es posible. Por lo tanto, estas personas sin movilidad propia, sin poder manejarse en transporte público y sin recursos económicos para suplir estos medios de movilidad quedan sin poder acceder a su derecho.

Tomando las palabras de Pablo Molero y Daniel Ramos “la no accesibilidad genera un impedimento para que las personas con discapacidad puedan ejercer derechos elementales como el acceso a la salud, a la educación, al trabajo, a la recreación o a cualquier actividad relacionada con la vida plena en sociedad. Sin transporte accesible no hay autodeterminación, porque ya otros han decidido por uno qué se puede hacer y qué no. De este modo, muchas personas acaban presas en sus propios hogares.”³¹

Pero no solamente el tema del transporte público, y el acceso a él es la única causa de exclusión de las personas en situación de discapacidad que acuden al servicio, sino que la situación es mucho más compleja. Sería necesario poder ampliar los recursos económicos que recibe el servicio para poder mejorar ciertos aspectos totalmente necesarios para generar una mayor inclusión de las personas. Entre estos aspectos se puede mencionar la ampliación física del lugar, contar con mayor cantidad de profesionales en las diferentes áreas, que permitan atender a una mayor cantidad de pacientes sin que estos tengan que esperar demasiado tiempo; y como fundamental la incorporación de un trabajador social que trabaje en forma exclusiva en el servicio, ya que este debe responder a los requerimientos de todo el hospital, sin tiempo material para abordar aspectos de la inclusión que son necesarios de abordar desde la carrera como lo familiar, las barreras que dentro de esta dificultan el acceso a la rehabilitación, su integración e inclusión a los diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

En cuanto a los criterios de admisión, responden claramente a una realidad institucional más que a la demanda, de ahí que se defina que es para pacientes agudos con secuelas neurológicas. En muchos casos la demanda supera a la capacidad del servicio para dar respuestas en un tiempo determinado y esto de alguna manera genera

³¹ Molero, Pablo y Ramos, Daniel “La accesibilidad al transporte público, una cuestión de derechos humanos”; “Los derechos de las personas con discapacidad”.

situaciones de exclusión. También los criterios están acotados al tipo de capacitación y trabajo que realizan los profesionales del lugar, y al perfil del paciente que acude al servicio. La fundamentación de estos criterios de admisión está dada por las diferentes visiones y formaciones específicas que tiene cada profesional, que hacen a la especificidad del servicio.

Desde la actuación profesional en cuanto a los criterios de ingreso o no de pacientes, se intenta de todas maneras, poder dar respuestas con el mayor grado de equidad posible. Realizando reuniones de equipo semanales se pretende lograr cierta interdisciplina necesaria para abordar las situaciones de la mejor manera posible, más allá de las múltiples visiones que se tengan.

Así mismo, las personas que no ingresan al servicio por no cumplir con el perfil que trabaja la institución son derivadas hacia otros lugares indicados para su problemática. Sin embargo cabe preguntarse: ¿Estos lugares son realmente los adecuados a la situación de cada persona? Estas derivaciones ¿son la respuesta suficiente para estas personas? Las respuestas brindadas por la institución a las personas que no pueden ingresar por diferentes motivos al servicio realmente ¿se centran en el sujeto en situación de discapacidad, trabajando con la familia, con la comunidad? ¿Logran colaborar para vencer algunas barreras para la integración de estas personas? Porque de alguna manera las personas que acuden al servicio están buscando respuestas dentro de él, y cuando la institución no les da la respuesta que tal vez ellos esperan y son derivados a otro lugar ¿Qué sucede con sus expectativas? Interrogantes que pueden dar lugar a futuras investigaciones y que escapan al objeto de la presente, pero que sin duda es necesario mejorar la dotación de recursos materiales y humanos en el servicio para poder generar una verdadera inclusión e integración y poder dar las respuestas adecuadas a cada situación.

Con respecto al rol del Trabajador Social, se puede decir que dentro del servicio éste cumple un papel fundamental. En la actualidad el trabajo que se realiza desde la profesión es bastante acotado en comparación a todo lo que se podría realizar y lograr desde esta área. Es de suma importancia contar con uno o más profesionales abocados exclusivamente al trabajo social en el área de rehabilitación, ya que, esto permitiría realizar un trabajo más profundo y dedicado con cada persona generando otro tipo de relación con el paciente y la familia, trabajando en aspectos que contribuyan al objetivo

primordial de todo profesional, que consiste en mejorar su calidad de vida generando una mayor inclusión e integración de la persona y que su familia pueda adaptarse y aceptar la nueva situación de la mejor manera posible.

Es por esto también que se considera que los profesionales y prácticas deben desarrollar su labor como agentes activos de cambio de la realidad social, teniendo como perspectiva los derechos de ciudadanía. Realizar una praxis profesional desde la mirada de los derechos humanos, la dignidad de las personas y los principios de la profesión es un objetivo primordial para mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad en igualdad que el resto de las personas.

- **PROPUESTA FINAL**

Según los resultados de la investigación, se considera que una propuesta interesante consistiría en la incorporación de un trabajador social exclusivo para el servicio de rehabilitación, ya que como se ha mencionado a lo largo del trabajo, al no tener un profesional propio las tareas que se realizan se remiten, indefectiblemente, a un trabajo más asistencial. Con la existencia de un trabajador social exclusivo la propuesta se orienta a:

- ✓ Realizar seguimiento post alta de los pacientes, para garantizar su re inserción en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana;

- ✓ Realizar entrevistas no solamente en la institución, sino también cuando sea necesario, en la vivienda del paciente para poder comprender mejor su contexto y conocer el desarrollo de su vida cotidiana;

- ✓ Acompañar a las familias en el proceso de adaptación a la nueva situación de discapacidad;

- ✓ Generar espacios de encuentros entre los pacientes y las familias y utilizarlos para brindarles información y esclarecer dudas acerca de la problemática, que sea un espacio de contención y de producción.

Con respecto a la problemática de la falta de movilidad y transporte para que las personas en situación de discapacidad puedan acceder de manera real, constante y eficaz al cumplimiento de su derecho a la rehabilitación, una de las propuestas válidas sería que:

- ✓ Desde el Estado se pongan a disposición cierta cantidad de movilidad, como lo tienen otras instituciones, de uso exclusivo para el servicio, permitiendo de esta manera que las personas que no pueden acceder a la institución por problemas de traslado, puedan hacerlo sin ningún inconveniente.

Y sería muy importante también que:

✓ Desde *todos* los municipios se cumpla efectivamente con poner a disposición un transporte exclusivo para el traslado de todas las personas en situación de discapacidad que deban concurrir al servicio.

El tema de la discapacidad, es un área que debe convocar a los profesionales, a la sociedad y a su dirigencia política para generar puentes que permitan la integración de los sujetos que se encuentran en esta situación y sus familias, pero sobre todo el ejercicio efectivo de sus derechos como sujetos, con un sistema de apoyo que les permita su autonomía y el desarrollo de su vida cotidiana en condiciones de equidad. Es ahí donde se encuentra el desafío de los Trabajadores Sociales, cuyas prácticas y acciones deberán estar guiadas a la luz de estos nuevos paradigmas que ubican al individuo como sujeto de derechos.

ANEXOS

• Entrevista N°1: Lic. En Trabajo Social

- *¿En qué consiste el proceso de admisión? ¿Quiénes forman parte?*

En el servicio de rehabilitación está planificada una admisión interdisciplinaria, la idea es realizar una sola entrevista de admisión que sea interdisciplinaria, a través del médico fisiatra, psicología y trabajo social. Se hace una primera entrevista, después se evalúa la situación del paciente en una reunión de equipo y se decide si ingresa al servicio o no.

- *¿Quiénes son las personas que pueden ingresar a la rehabilitación en el hospital?*

Ingresan personas derivadas del Hospital Central o Lagomaggiore o también derivados por otros médicos al servicio. El paciente que ingrese debe necesitar una rehabilitación física. Generalmente los pacientes que ingresan han sufrido un ACV, accidente de tránsito, inseguridad en la vía pública o accidentes producidos por arma de fuego.

- *¿Cuáles son los requisitos necesarios para ingresar al servicio de rehabilitación?*

Uno de los requisitos que se tienen en cuenta es que los pacientes no cuenten con cobertura social. Estos pacientes tienen prioridad. De igual manera, hay algunos pacientes que cuentan con obra social y no se encuentran conformes con los centros de atención brindados por esta y por lo tanto deciden asistir al servicio pagando de manera privada ya que es el único servicio que realiza un abordaje interdisciplinario, pero no hay ningún tipo de convenio con las Obras Sociales.

- *¿Cuánto tiempo lleva realizar el proceso de admisión?*

El período es de aproximadamente una semana, como máximo 15 días para que el paciente pueda comenzar. Una de las cosas que se evalúan y que tiene mucho peso a la hora de definir el ingreso es el tema del traslado hasta el hospital. La falta de movilidad de algunos pacientes es una de las principales trabas para su ingreso.

- *¿Cuántos son los trabajadores sociales que forman parte del equipo de rehabilitación?*

Formalmente, ninguno. Hay solamente dos trabajadores sociales para todo el hospital. Se ha tomado como referente a uno de los licenciados que forma parte del

Servicio Social del hospital, se intenta brindar la mayor colaboración posible, pero no está totalmente abocado a esa función.

-¿Cuál es el rol del Trabajador Social dentro del proceso?

En primer lugar conocer la situación social del paciente, orientarlo tanto a él como a su familia en cuanto a sus derechos, recursos existentes, que papeles o trámites puede ir adelantando antes de comenzar con la rehabilitación como por ejemplo jubilación, pensión, traslado, certificado de discapacidad.

- ¿Cuáles son los criterios profesionales que rigen a la hora de admitir o no a una persona en situación de discapacidad?

Principalmente la accesibilidad. Conocer si hay movilidad familiar o por cuenta propia., se trata de buscar opciones para conseguirla. No hay forma de que desde el hospital se busque a los pacientes, por lo tanto ellos tienen que llegar. Si esto no puede ser posible, el paciente no podrá ingresar. Desde lo social esta sería el único impedimento.

- ¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?

El objetivo nuestro es lograr el mayor grado de autonomía posible en la persona. Que conozca y decida sobre su tratamiento, sobre su vida.

- ¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a las personas en situación de discapacidad que no ingresan a la rehabilitación?

Se trata de ver que otras alternativas se pueden encontrar en los municipios, alguna actividad con cierto seguimiento. Se recurre también al área de discapacidad. Derivaciones a gimnasios municipales para que realicen determinadas actividades. Se les ofrece en algunos casos consultas médicas periódicas.

- ¿Cuáles son las causas que generan la exclusión de las personas en situación de discapacidad?

En el caso del hospital como hablamos anteriormente la principal causa es la movilidad. Otro de los factores importantes que influye es la continuidad del tratamiento. Este a veces se ve interrumpido o no se realiza la cantidad de tiempo o días que debería ser debido a la falta de personal y de recursos.

- *¿Se realiza algún tipo de trabajo externo o complementario al de rehabilitación que genere la inclusión de las personas en situación de discapacidad?*

Lo único que se realiza desde la parte social es el armado del expediente para que puedan tramitar la pensión. Es el único hospital donde se puede realizar, es una forma de aportar para que puedan adquirir otro beneficio.

- *¿En qué consiste la rehabilitación brindada por el hospital?*

En la evaluación que se realiza se analiza que es lo que el paciente necesita. La rehabilitación está conformada por kinesiología, psicología, fonoaudiología, terapeuta ocupacional, trabajo social. Hay un psiquiatra que también colabora con el equipo en caso de que sea necesario.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene como referencia la institución?*

Se apunta principalmente a la rehabilitación integral, es por eso que el equipo está conformado por diferentes profesionales quienes analizan y debaten sobre la situación de cada paciente.

- *Cuándo el paciente termina la rehabilitación en el hospital ¿se realiza algún tipo de seguimiento del fuera del servicio?*

Se intenta coordinar con los municipios para que puedan realizar algún tipo de capacitación. Pero por el momento es solo la orientación y brindar información al paciente sobre otras actividades que pueda realizar, ya que no se dispone de personal que pueda dedicarse a esto.

- *¿Tiene un tiempo de duración determinado la rehabilitación?*

Es relativo a cada situación, pero como máximo 1 año de duración. En general duran aproximadamente 5 o 6 meses.

- Entrevista N°2: Lic. En Trabajo Social

- *¿En qué consiste el proceso de admisión? ¿Quiénes participan?*

La admisión se realiza a través de tres áreas: psicología, fisioterapia y trabajo social. Cada uno de los profesionales hace su entrevista en forma individual, por los tiempos, por la cantidad de profesionales que hay se dificulta hacer las entrevistas en conjunto. Cada profesional evalúa al paciente y su grupo familiar, se determina si el perfil del paciente corresponde con el tipo de rehabilitación que nosotros podemos ofrecer y si es

así se sugiere el ingreso del paciente, y si no se le da la derivación correspondiente a la institución que consideremos más apropiada para que la persona pueda concretar su rehabilitación.

En cuanto a los criterios a nivel social de la admisión al servicio serían fundamentalmente darles prioridad a aquellos pacientes que no tienen obra social y que de alguna manera puedan asegurar cierto soporte desde el grupo familiar o alguna institución con respecto al transporte, ya que el hospital no lo tiene. Si bien desde el servicio se hacen los pedidos y las derivaciones correspondientes, si esa otra institución no responde desde aquí no se puede hacer nada.

- *¿Cuánto tiempo lleva el proceso de admisión?*

Normalmente las tres entrevistas se realizan en una semana, y a la semana siguiente, después de la reunión de equipo, se le da la respuesta al paciente si ha ingresado o no. En el caso de ingresar pasaría a la segunda instancia de evaluación que sería con todos los profesionales que lo van a atender específicamente.

- *¿Cuántos son los trabajadores sociales que forman parte del equipo?*

No hay un trabajador social en el equipo de rehabilitación. Yo soy de alguna manera el referente en el equipo, pero dependo de servicio social. No estoy dedicado exclusivamente a ese rol.

- *¿Cuál es el rol del trabajador social dentro del proceso?*

Depende bastante de los posicionamientos personales. A mí lo que más me interesa es que el paciente y la familia logren, durante el tránsito por la rehabilitación o el tratamiento que se le brinda en el hospital, acceder y resolver determinadas cuestiones básicas. Por un lado tener asegurado el traslado, para que pueda acceder efectivamente al servicio; por otro lado gestionar todos aquellos pedidos que tienen que ver con elementos de tecnología biomédica, medicamentos que van a asegurar que pueda hacer su rehabilitación y pueda tener una mejor calidad de vida también, porque si un paciente necesita un andador y no lo tiene y se va a manejar solo en silla de ruedas, lo estamos limitando en su posibilidad de independencia.

Además se intenta resolver el tema de los ingresos, realizar jubilación o pensión según corresponda y ver también el tema de la familia, como está reorganizándose después de la aparición de la discapacidad en uno de sus miembros.

- *¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a los pacientes que no ingresan al servicio?*

Acá se realiza una rehabilitación para pacientes que tienen una discapacidad física, pacientes neurológicos o accidentados y en etapa aguda. Pacientes que han sufrido un ACV o un accidente de tránsito y que han sido internados por ejemplo en el hospital Central, una vez que allí se les da el alta se derivan al servicio. Es decir, que es un paciente que ha adquirido su discapacidad recientemente. Es esa rehabilitación la que ofrecemos acá.

Si acude un paciente que hace 10 años sufrió un ACV y nunca hizo rehabilitación, ya no correspondería atenderlo en el servicio, no tendría el perfil y allí se realiza la derivación a otro lugar más apropiado, algún gimnasio o algo por el estilo. A veces en determinadas situaciones específicas se ingresa igual al paciente en esas condiciones por un tiempo acotado y sujeto a la concreción de objetivos específicos y luego se le hace la derivación.

- *¿Cuál es el tiempo aproximado de duración de la rehabilitación?*

Se trata de que no sea más de un año, en general. A veces, algunos casos están un poco más de un año pero normalmente no pasa de ese tiempo.

- *¿Cuáles crees que son las causas que generan la exclusión de las personas en situación de discapacidad?*

Son múltiples, hay de todo tipo, principalmente los prejuicios. Incapacitar a las personas, ver a la persona que presenta una discapacidad como incapaz de realizar determinadas actividades o tomar decisiones. Se anulan determinados aspectos de la persona. También hay laboralmente un montón de prejuicios que tienden a considerar a una persona con discapacidad como menos productiva.

Familiarmente también pasan un montón de cosas, familias que consideran que la persona con discapacidad no puede sola y están permanentemente encima de ella, haciéndole cosas que tal vez esa persona podría hacer perfectamente sola. Pasa desde el rechazo, el prejuicio, demasiado afecto y por este demasiado afecto cuidar a la persona de forma exagerada.

- *¿En qué consiste la rehabilitación que recibe el paciente?*

El equipo está formado por diversos profesionales: kinesiólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapia, psiquiatría a través de interconsulta solamente porque no es parte del equipo, gimnasia terapéutica, enfermería.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene como referencia la institución?*

Es un poco difícil de contestar. Te puedo responder cual es el concepto que tenemos dentro del equipo. Como institución se supone que consiste en tratar de conseguir la reinserción del paciente a su ámbito cotidiano logrando el mayor nivel de funcionalidad; y de alguna manera también es nuestro concepto. Nosotros dentro del equipo hacemos mucho hincapié en ver a la persona como un todo, desde todas las disciplinas que formamos el equipo; y tratar de que la persona consiga funcionar de la mejor manera posible dentro de su ámbito natural. Siempre considerando a la persona como un todo, tratando de no parcializar la visión que tenemos cada uno de los profesionales del equipo. La idea es que la persona consiga ser lo mayor feliz posible en su vida a pesar del incidente de salud que pudo haber tenido. Y también es fundamental para esto trabajar con las familias para que entiendan este criterio, pasa sobre todo en terapia ocupacional y en psicología, se presenta una gran resistencia en principio de la familia y del paciente ante estos profesionales, y es ahí donde comienza a trabajar el equipo como un todo apoyando a esas áreas que presentan mayores dificultades.

- *¿Se trabaja también con la familia y no solo con la persona?*

En algunos casos sí, en otros no. Hay familias que se desempeñan muy bien, no presentan grandes dificultades, transitan este proceso respondiendo bien a los distintos momentos. Van “funcionando”.

Hay otras familias, en cambio, que se estancan, que no reaccionan, o lo hacen en un sentido contra productivo para el logro de los objetivos de la rehabilitación, en este caso sí se trabaja con la familia. Hay otros casos en los que el paciente por su discapacidad, no puede trabajar o comunicarse directamente con algunas áreas como por ejemplo psicología o trabajo social y en ese caso vamos a tener que trabajar sí o sí con las familias.

- *¿Hay mucha demanda y pocos recursos?*

Y... sí. Faltan profesionales y equipamiento, porque se van rompiendo con el tiempo y cuesta volver a reponerlos. Aquí cosas muy tecnológicas no hay. Profesionales

faltan en algunas áreas más que en otras, las más críticas son terapia ocupacional, trabajo social, psicología para poder abordar más cantidad de pacientes y familiares. Hay que tener en cuenta que es el único centro de rehabilitación a nivel estatal y tenemos que dar respuestas a una población muy grande, incluso hay lista de espera, se hacen las evaluaciones y se los coloca en lista de espera y a medida que se va dando el alta, se ingresan a los otros pacientes.

• Entrevista N° 3: Médica fisiatra

- *¿En qué consiste el proceso de admisión? ¿Quiénes son los encargados de hacerlo?*

El proceso de admisión siempre lo hace el médico especialista en medicina física y rehabilitación, médico fisiatra, acompañado en algunas ocasiones (por falta de recursos humanos) por el trabajador social y el psicólogo. Lo real es que hacemos admisión en las tres áreas en el momento que ingresa el paciente, pero como no contamos con un trabajador social propio, sino que nos presta servicio social su trabajador social, a veces no está disponible pero casi siempre se logra, si no es posible el mismo día se hace a la semana siguiente o en quince días pero el paciente tiene las tres entrevistas.

- *¿Son entrevistas las que se le realizan a los pacientes?*

Si, y el médico lo revisa e indica un plan de tratamiento, objetivos, rehabilitación. Nosotros nos manejamos con objetivos que después son transmitidos y compartidos con el resto de los profesionales del equipo.

- *¿Quiénes pueden ingresar a la rehabilitación del hospital?*

Ingresan pacientes con secuelas del aparato neurolocomotor, pacientes con enfermedades respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y también pero en menor cantidad, porque es menor la cantidad de profesionales que se dedican a estos pacientes, algias vertebrales o secuelas traumatológicas. El perfil de paciente que fundamentalmente ingresa es un paciente con secuelas neurológicas que requieren rehabilitación integral.

- *¿Tienen que ser pacientes que hayan adquirido la discapacidad hace poco tiempo?
¿Pacientes agudos?*

El perfil del servicio es que el paciente sea agudo, pero hay pacientes que nacen con una discapacidad y aunque hayan hecho rehabilitación en algún momento de su vida, como la rehabilitación es un seguimiento, si se necesita que vuelva a ingresar a la rehabilitación se lo ingresa. Pero es cierto que al ser el único servicio de la provincia con estas características tenemos que atender las demandas de todas las personas que requieren rehabilitación. Un paciente que ha sufrido un ACV o traumatismo craneoencefálico en su etapa más aguda o sub aguda es donde más necesita la rehabilitación, porque es el periodo de mayor recuperación, si dejamos de atender a estos pacientes por atender pacientes crónicos estamos perdiendo la posibilidad de asistir a ese paciente, entonces a veces no es que los dejamos de atender a los demás, sino que le damos la prioridad de ingreso en tiempo al agudo o sub agudo y también atendemos al crónico.

- *¿Cuál es el rol del trabajador social dentro del proceso?*

Nosotros decimos que el trabajador social es como el abogado del paciente. Evalúa la situación social, económica, familiar, laboral, educacional. Le hace conocer al paciente deberes, derechos que tiene en salud, derechos de discapacidad.

- *¿Sería entonces, muy importante que hubiera un trabajador social en el equipo?*

Si, sería fundamental para los ingresos también, porque no se puede esperar muchas veces a que el paciente se esté yendo de alta para recién poder realizarle la entrevista. Yo tuve la posibilidad de conocer y entender la importancia de la necesidad del trabajo social. El trabajador social tiene que intervenir desde el día que el paciente ingresa al servicio, lo tiene que acompañar en el proceso de rehabilitación, junto con los demás profesionales. Trabajar desde el inicio hasta que se vaya de alta y también a veces tiene que hacer seguimiento del paciente.

- *¿Porque no hay trabajador social, por falta de recursos?*

No hay por falta de recursos. Hemos pedido en reiteradas oportunidades, hay solo dos trabajadores sociales para todo el hospital y hay muchos programas y áreas donde ellos tienen que responder.

- *¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?*

En el área de la rehabilitación. El objetivo siempre es reintegrar o incluir al paciente en el medio familiar, social, laboral, educacional. Para poder llegar a este objetivo se atraviesa por un proceso en donde todo el equipo, pero sobre todo el médico fisiatra hace la valoración del paciente, valora los déficits del paciente pero evalúa fundamentalmente y centra la atención en el potencial remanente del paciente y sobre ese potencial se fijan los objetivos del tratamiento para que el paciente logre la independencia. Independencia que nosotros decimos que se refiere a las actividades de la vida diaria como higienizarse, comida, pasajes. Que mejore el funcionamiento. Las nuevas definiciones y clasificaciones de discapacidad de la OMS hablan acerca del funcionamiento, rehabilitación se mide en parámetros funcionales. Nuestra meta es el paciente está mejor o no si funciona mejor o no.

- *Las personas que no ingresan al servicio ¿Por qué no lo hacen y que pasa con ellas?*

Depende de las necesidades del paciente. Si necesita hacer una actividad física se lo deriva, y si es crónico o leve o lo puede tomar otro efector del estado se lo deriva en general a los gimnasios municipales, que nosotros hemos tenido muy buenas respuestas. Es más, a los pacientes cuando les damos el alta acá, los derivamos.

Si no ingresamos a otro tipo de paciente, es porque no lo necesita o porque ya hizo una rehabilitación y ya cumplió con los objetivos terapéuticos o porque la puede hacer en su casa. Lo que siempre se hace es darle herramientas al paciente para que pueda continuar teniendo una actividad.

Hay pacientes con ACV de 10 años de evolución e ingresan igual, no a kinesiología o con algún otro profesional, pero si a controles con el médico fisiatra porque ese tipo de pacientes necesita seguimiento. Uno de los objetivos de la rehabilitación también es prevenir complicaciones que genera la discapacidad. Entonces si este paciente lleva 10 años con la discapacidad, pero no sabe que existe medicación para que no estén rígidos sus miembros superior o inferior, que hay medicación para que no esté deprimido, que tiene que usar un bastón para no caerse, un aparato ortopédico para alinear y enderezar el pie, pierde esa oportunidad. Todos los pacientes son evaluados y si ya viene una vez ingresa al servicio aunque no entre al gimnasio. El asesoramiento y la información a la familia se hace siempre.

- *¿Se trabaja con las familias también?*

En general nosotros, los médicos, en la consulta, en los controles ha habido momentos. Justamente ahora las practicantes de trabajo social están trabajando con respecto a eso y van a armar un grupo de familiares, pero se han hecho talleres informativos, de intercambio.

- *¿Quiénes son los profesionales que forman parte del equipo?*

Medico fisiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, fonoaudióloga, licenciada en psicomotricidad (profesora de educación física), enfermeros y hay una persona de discapacidad que es auxiliar en ortesis y prótesis.

- *¿La rehabilitación en qué consiste?*

De acuerdo al plan terapéutico y los objetivos que tenga el paciente. Si tiene trastornos de deglución o del habla o cognitivos va al área de fonoaudiología, si hay déficits motores o físicos a kinesiología, si el paciente tiene una enfermedad de Parkinson no necesita tanto kinesiología pero si una actividad recreativa con movimiento, con ritmo va al área de gimnasia terapéutica. En general a psicología todos los pacientes después de haber adquirido una discapacidad necesitan un apoyo psicológico para poder adaptarse a esa nueva vida.

- *¿Tiene una duración determinada?*

No, depende. No hay un límite. En general se sabe que los pacientes con ACV los primeros tres meses son de la máxima recuperación los segundos 6 se hace mucho hincapié en la rehabilitación funcional y ya después los cambios que va a tener el paciente con el tiempo son mínimos. Aproximadamente hasta el año el paciente con ACV tiene que estar rehabilitándose. Yo te menciono ACV porque es lo que más frecuentemente hay, es la principal causa de discapacidad de la población adulta, las secuelas de ACV.

Pero siempre depende de los objetivos, a lo mejor uno en el ingreso plantea determinados objetivos que después en el tiempo no se puede cumplir entonces hay que hacer un replanteo de objetivos, o también pasa que se pronostican ciertos logros que en el proceso se observa que no se pueden cumplir. Hay muchos factores que influyen en que el paciente mejore o no, no todo depende de la rehabilitación, influye si el paciente puede venir o no, si la familia es continente o no, si hay paro en el sistema de salud; hay un montón de factores que no se pueden predecir. Pero siempre el proceso de

rehabilitación tiene que tener un fin, fin es cuando el paciente logra reinsertarse socialmente, familiarmente, laboralmente que es la parte más difícil.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene la institución?*

Te voy a dar un concepto más personal creo, yo siempre copio las palabras de uno de los primeros fisiatras de la Argentina el Dr. José Benito Siveira, él dice que nosotros en la rehabilitación debemos mirar el positivo de la película y no el negativo, es como mirar el vaso medio lleno y no medio vacío. Es ver en el otro el potencial que tiene y no el déficit, y hacerle ver ese potencial que tiene porque sino la persona se centra en un negativo que difícilmente le permita salir adelante.

- *¿Cuáles cree que son las causas de la exclusión de las personas en situación de discapacidad?*

A nivel social, falta de información. Falta de educación en las escuelas con respecto al tema. No les enseñan conceptos ni información acerca de que existe la discapacidad. En lo laboral, la competitividad de las empresas, creen que las personas con discapacidad necesitan un apoyo extra o más tiempo de adaptación. Familiarmente creo que también en los tiempos que nos tocan vivir de crisis económica, el pensar más en uno y no atender al otro. En lo económico la familia en muchos casos tiene que salir a trabajar y no pueden ocuparse o cuidar a la persona con discapacidad.

La falta de acceso a los servicios de rehabilitación porque hay muy pocos en la provincia y en el país, acá fundamentalmente por lo que no acceden en muchos casos es la falta de transporte, a pesar de que en los últimos tiempos ha mejorado. La falta de políticas de salud orientadas a las personas en situación de discapacidad son muy importantes para mejorar esta situación. Hay algunas pero tal vez necesitan alguna reestructuración.

- Entrevista N° 4: Lic. en kinesiología y fisioterapia.

- *¿En qué consiste el proceso de admisión de ingreso al servicio?*

Primero el paciente va al médico fisiatra si él considera que es un paciente para ingresar al servicio se hace la admisión en psicología. Una vez que se realiza esta admisión el medico lo deriva a las diferentes áreas.

- *¿Quiénes se encargan de realizar este proceso?*

Principalmente el médico fisiatra, luego psicología y trabajo social también interviene.

- *¿Quiénes pueden ingresar al servicio de rehabilitación?*

Pacientes con todo tipo de problemas neurológicos, tenemos muchos pacientes con ACV, amputados, lesionados medulares, pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), traumatismos encéfalo craneanos (TEC).

- *¿Cuáles son los requisitos para poder ingresar?*

Eso lo evalúa el médico. Si él cree que lo necesita se lo ingresa. Generalmente, este es un servicio para pacientes con problemas recientes, es decir, agudos. Ese sería uno de los requisitos, de todas maneras en algunos casos tenemos pacientes crónicos que el médico ha considerado que se puede trabajar con él, eventualmente pueden haber algunos.

- *¿Cuánto tiempo dura el proceso de admisión?*

Depende de la cantidad de pacientes que haya en el momento pero como máximo un mes.

- *¿Cuál es el rol del trabajador social dentro del equipo de rehabilitación?*

Le mandamos pacientes que tienen problemas por ejemplo con los traslados y con todo lo relacionado a lo social. Cuando veo que tienen problemas con sus viviendas. Pero sobre todo los derivamos por el tema de la movilidad que es uno de los requisitos fundamentales, si los pacientes no tienen movilidad para llegar no podemos hacer nada nosotros desde acá. Muchas veces empiezan el tratamiento y por no tener como llegar faltan mucho y el tratamiento no tiene los resultados que debería.

- *¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?*

El objetivo es la mejora del paciente. Que logre sus objetivos, que no siempre se logra. Tenemos objetivos, pero en la marcha vamos viendo como evoluciona el paciente. Pero la finalidad es la mejora del paciente.

- *¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a las personas que no ingresan al servicio?*

No estoy muy interiorizada en ese tema porque estoy en otra área pero seguramente sí. Se les explica las razones de porque no ingresa y en algunos casos se los deriva porque el paciente con discapacidad no puede quedar sin atención.

- *¿En qué consiste la rehabilitación que brinda el servicio?*

Con la rehabilitación logramos que el paciente mejore su calidad de vida, recuperar la movilidad en el caso de los kinesiólogos trabajamos la movilidad, fortalecimiento, marcha en caso de que se pueda lograr. Esta también la fonoaudióloga que trabaja todo lo que es cognitivo y fonoaudiológico, está la terapeuta ocupacional, psicólogos y la profesora de educación física. En muchos casos cuando vemos que el paciente ya está mejor, que logró una cierta independencia se lo pasa con la profesora en donde hacen un trabajo más grupal. Las enfermeras también son parte del equipo y médicos fisiatras. Otra parte importante del equipo es la ortopedista.

- *¿Tiene un tiempo de duración determinada la rehabilitación?*

Aproximadamente unos seis meses. A veces se puede llegar al año. Pero no menos de 6 meses.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene la institución?*

A nivel personal, la rehabilitación es ayudar al paciente a lograr una mejor calidad de vida. Volverlo a la sociedad a través de un montón de áreas, es un trabajo muy complejo pero eso es lo que yo quiero personalmente. Trabajamos como un equipo multidisciplinario muy activo. Tenemos muy buena relación entre todos y eso el paciente lo siente.

- *¿Cuáles son las causas de exclusión de las personas en situación de discapacidad?*

En el tema de infraestructura es donde creo que se sienten más limitados. Llegar y encontrarse con una escalera es una limitación muy importante. A nivel laboral también hay un cierto rechazo. El tema de la movilidad también, los micros no están todos adaptados y limita la independencia de la persona.

• Entrevista N° 5: Lic. en Fonoaudiología.

- *¿En qué consiste el proceso de admisión al servicio de rehabilitación y quienes lo realizan?*

El paciente acude al servicio por su voluntad o por derivación. Y para la admisión piden un turno, los médicos fisiatras le realizan la admisión y es derivado según el caso al psicólogo, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, trabajo social. Y si hace falta alguna ortésis, al taller de ortésis. Todo eso se ve en el transcurso de la rehabilitación. Y cada uno de nosotros, cuando el paciente ingresa, evalúa si necesita de esa área o no.

- *¿Cuánto tiempo lleva el proceso de admisión?*

Todos los martes tenemos reunión de equipo, los médicos presentan al paciente, su patología y ellos los derivan a todas las áreas. Luego de la evaluación de equipo el paciente ya puede ingresar pidiendo un turno al profesional que le corresponda. Demorara una semana aproximadamente.

- *¿Quiénes pueden ingresar al servicio de rehabilitación?*

Los pacientes que ingresan son agudos. Por ejemplo traumatismos encefalocraneanos (TEC), accidentes de tránsito que se encuentran en el hospital central y luego son derivados al servicio. Tenemos también algunos pacientes crónicos que necesitan seguimiento. Si no se atienden aquí son derivados.

- *¿Cuál es el rol del trabajador social dentro del proceso de rehabilitación?*

Es muy importante. Hemos estado pidiendo reiteradas veces a un trabajador social como parte del equipo, ya que el que tenemos no es exclusivo del servicio. En el hospital solamente hay dos para toda la institución. Es muy necesario su trabajo porque se necesitan los certificados de discapacidad, trabajar con toda la parte social del sujeto, documentaciones. Buscar movilidad para trasladar a los pacientes a otros lugares.

- *¿Por qué no hay un trabajador social en el equipo?*

Yo creo que más que nada es por problemas políticos.

- *¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?*

Un objetivo principal y bastante pretencioso es que la persona se valga por sus propios medios, de hecho hemos tenido muchos pacientes que lo han logrado y han podido reinsertarse en la sociedad. Pero hay muchos pacientes que no tienen esas posibilidades.

- *¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a las personas que no ingresan al servicio?*

Si no ingresan es porque no son el perfil. Éste tiene que ser: agudo, tienen que responder a las patologías que acá se tratan, pero no se los deja a la deriva, se les da una orientación. Hay pacientes que son evaluados, son contenidos y después son derivados a otros profesionales porque tienen una patología que acá no se trabaja.

- *¿Hay requisitos determinados para el ingreso? ¿La movilidad por ejemplo?*

El tema de la movilidad ya no es tan problemático como antes. Tenemos un compañero kinesiólogo a ha conseguido transporte para los pacientes de Las Heras, Guaymallén y Godoy Cruz, pero anteriormente a conseguir esto era muy complicado que asistieran regularmente al servicio. De todas maneras sigue siendo un poco complicado porque no están siempre disponibles, a veces hay paros o acontecimientos que requieren de esa movilidad y no queda disponible para los pacientes.

- *¿En qué consiste la rehabilitación y quienes son los profesionales que la realizan?*

El paciente que ingresa es evaluado por los médicos fisiatras y son presentados en la reunión de equipo. Están los enfermeros que le toman la presión al paciente cada vez que viene, el equipo de médicos fisiatras, el equipo de kinesiólogos, el equipo de psicólogos, fonoaudióloga, terapia ocupacional, taller de ortésis, trabajador social y gimnasia terapéutica.

- *¿Tiene un tiempo de duración determinado la rehabilitación?*

Los pacientes en mi área suelen estar más de un año, pero en el resto de las áreas no. Por ejemplo las afasias requieren más de un año de rehabilitación entonces aquí los tratamos hasta que se encuentre un lugar donde se lo pueda derivar. Depende de cada profesional y como avance el paciente.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que maneja la institución?*

Sinceramente la mayoría de las personas no saben el concepto de rehabilitación, ni lo médicos a veces. La rehabilitación es una ciencia aparte, en donde se trabaja interdisciplinariamente. Se tiene que trabajar en equipo. Cuando una función está dañada, están dañadas varias.

- *¿Cuáles son las causas de exclusión de las personas en situación de discapacidad?*

Una de las causas principales es el desconocimiento de la discapacidad. Hay personas que ven a otra con una discapacidad motriz y piensan que cognitivamente no funcionan y no es así, es igual que cualquier otra persona. Pero cuando la gente comprende estas situaciones las cosas cambian. Tratar el tema de discapacidad no es solo poner rampas.

• Entrevista N° 6: Lic. en psicología.

- *¿En qué consiste el proceso de admisión? ¿Quiénes se encargan de este proceso?*

Los mecanismos de conexión con las personas que quieren ingresar generalmente son a través de la atención primaria de la salud Hospital Central, Hospital Lagomaggiore. Éstos son los lugares de referencia donde van a atender su problema primario y una vez que termina el evento y salen de esa crisis, se los derivan al servicio, lo que yo entiendo como atención secundaria.

Se realiza una evaluación de admisión en la parte médica para ver si hay un perfil, el cual sería lo neurológico, también esta lo traumatológico, pero hay una tendencia a un perfil neurológico. En el área de psicología también se realiza la admisión al igual que en trabajo social.

- *¿Quiénes pueden ingresar a la rehabilitación del hospital?*

En este momento la tendencia es tomar al paciente en el período agudo, lo más tempranamente posible, porque tiene un mejor resultado la rehabilitación. Entonces para esto, la Dra se comunica con los hospitales para agilizar la atención del paciente agudo, aunque a veces esto no sea posible porque el paciente necesita otros cuidados vitales y tiene que seguir en el hospital. Por esto surge la idea de generar en un futuro un equipo de interrelación, donde se pueda trabajar dando indicaciones a algún familiar o trabajar

desde la rehabilitación aunque todavía el paciente no haya ingresado al servicio literalmente.

- *¿El trabajador social forma parte del equipo?*

El trabajador social es del hospital, pero es un requisito muy importante lo social, la parte de asistencia y de orientación y haga las entrevistas acá o en servicio social, yo igual lo considero parte del equipo. Cuando se necesita una derivación o lo que sea siempre se lo envía al paciente con el trabajador social.

- *¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?*

Para mí hay una palabra que cae de maduro y es la reinserción, para no caer en los términos psicológicos de asumir o elaborar duelos, lo importante es lograr la autonomía.

- *¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a las personas que no ingresan al servicio? ¿Se las deriva?*

Eso generalmente lo hace la parte médica porque es el criterio de exclusión de alguna manera. Hay derivaciones por ejemplo puede pasar que un problema sea crónico, nosotros trabajamos más que nada con pacientes agudos y a veces estos están en una etapa que ya no se encuentran objetivos de evolución rápidos, entonces se los deriva a algún gimnasio o se les realiza solo seguimiento a través de consultas médicas. Tiene que haber una derivación porque la persona que acude al servicio evidentemente algún problema tiene. Los mecanismos de derivación son de acuerdo al problema que tenga la persona.

- *¿Se trabaja con las familias?*

Sí. En esta área sobre todo.

- *¿Se realiza algún trabajo complementario externo además de la rehabilitación que brinda el servicio?*

Formalmente no. Por ejemplo a la terapeuta ocupacional yo creo que no le da el tiempo para realizar otras cosas, si se les sugiere. A veces esto se hace mediante la orientación familiar. Ahora estamos tratando de armar trabajo en grupos, capacitarlos en grupo, porque va a haber mayor cantidad de psicólogos. Sería buenísimo poder trabajar con cada uno y orientarlos o enseñarles a adaptarse en el campo, según el medio en el

que se desenvuelven cotidianamente pero lamentablemente no dan los tiempos ni los recursos.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene?*

El concepto de rehabilitación lo aprendí acá, en psicología no hay una formación específica sobre esto y diría que es una práctica tendiente a la reinserción y que tiene que acompañar el sistema de vida de una persona particular. A veces se hacen planes muy bonitos pero no son llevados al caso particular de una persona. Se tiende cada vez más a lo intensivo, pero lo importante es dosificar y hacerle ver a la persona que cambia su sistema de vida. Tiene que empezar a implementar lo que hace en el servicio como parte de su vida y no venir mañana y tarde, que es bueno porque estás trabajando la plasticidad neuronal y la parte orgánica, pero después tiene que haber una asimilación por parte de la persona y del grupo familiar. Sino sucede que se está tanto tiempo acá que después se pasa a una pasividad.

Por ejemplo yo hago un plan para cada persona pero si sucede que no se puede cumplir por sus capacidades mentales o no va a haber una continuidad, hay que apuntar a capacitar para que lo asistan, no siempre todo es válido y bonito.

- *¿Tiene un tiempo determinado de duración?*

A veces se le da el alta en algunas áreas y puede seguir en otras. El perfil motriz te lleva a que hay un área central que es kinesiología, es muy raro que le den el alta en kinesiología y no en las otras áreas. El último alta por lo general es kine. Y en cuanto a los plazos más o menos se repiten. A veces hay pacientes que no responden al tratamiento y se les da el alta, lo que yo consideraría más que nada como baja y hay otros que si responden y está varios meses. Y cuando el paciente llega a su techo y no se avanza tanto y se vuelve más crónico se lo deriva a otro lugar más apropiado. Pero pasa que hay muchos pacientes que no quieren irse porque encuentran al servicio como un lugar de contención, tienen respuestas médicas que les genera una sensación de seguridad, y los pacientes a veces no entienden porque se les da el alta justo en su mejor momento en donde han logrado un equilibrio en sus vidas, pero también es el momento para empezar a buscar cosas por sus propios medios afuera.

- *¿Quiénes son los profesionales que forman parte del equipo?*

La parte médica conformada por tres fisiatras, servicio social, el área de fonoaudiología, terapia ocupacional, los kinesiólogos, el área de enfermería, el área de gimnasia, el camillero (uno solo para todo el hospital), psicología, el área de ortésis y prótesis y la secretaria.

- *¿Cuáles son las causas que generan la exclusión de las personas en situación de discapacidad?*

Las causas que se vienen primero a la cabeza tienen que ver con problemas económicos. La gente siente que es un criterio de exclusión importante, pero también considero que es de alguna manera una descarga fácil que tienen. Yo personalmente siento que acá un criterio de exclusión es la cultura, la gente que más bagaje cultural ha tenido se reinserta mucho más rápido porque tienen más chances de salir, mientras que aquellos que tienen menos cultura les cuento un montón reinsertarse. Obviamente que el nivel cognitivo en el que haya quedado el paciente también influye muchísimo. Y muchas veces el estigma social es compartido por el mismo paciente, la misma gente se excluye porque no quieren que la vean, no soportan la diferencia de que la consideran discapacitada, en algunos casos la misma familia los esconde. Para mí está muy presente este fenómeno de que a ninguno nos gusta envejecer, ni vernos mal, todos queremos vernos de la mejor manera posible y cuando no es así es muy difícil.

Pero como dije anteriormente mientras más bagaje tengas más te resignificas y te valoras no solo por lo físico.

• Entrevista N° 7: Lic. en psicomotricidad y Prof. de Educación Física.

- *¿En qué consiste el proceso de admisión? ¿Quiénes se encargan de realizar este proceso?*

El paciente acude al servicio y se le da un turno para que luego asista a una evaluación donde se decide a que profesional debe concurrir. Se decide mediante una reunión de equipo. La entrevista es realizada por los médicos fisiatras, trabajador social y psicólogo.

- *¿Quiénes pueden ingresar al servicio?*

Pueden rehabilitarse aquí en el servicio principalmente pacientes neurológicos, adultos y jóvenes. Hay algunos pacientes con otro tipo de patologías pero los neurológicos tienen cierta prioridad. Y por lo general tienen que estar en una etapa aguda de su problemática, es donde más hay que trabajar.

- *¿Cuál es el rol del trabajador social dentro del proceso?*

El rol es muy importante porque es el encargado de realizar la primera evaluación del paciente, evaluar sus condiciones. No hay un trabajador que sea fijo en el servicio pero la participación del trabajador social del hospital es constante. Asiste, al igual que todos, a las reuniones de equipo, siempre participa. Es muy importante para los pacientes porque ayuda a orientarlos en su nueva condición adquirida, y esto es fundamental porque se modifica toda la vida social y familiar del paciente. Nosotros ayudamos mucho a él.

- *¿Cuál es la finalidad o el objetivo que se intenta alcanzar como profesional en el campo de la discapacidad?*

Y, principalmente yo creo que es poder alcanzar la estabilidad del paciente dentro de su condición social, laboral. Lograr equilibrio en su vida, independencia.

- *¿Cuáles son las respuestas institucionales que se les da a las personas en situación de discapacidad que no ingresan al servicio?*

A los pacientes que no ingresan se los deriva y orienta a otras instituciones con las que tenemos contacto, según lo que tenga el paciente por supuesto. Pero si la persona no entra al servicio es porque no le corresponde ingresar aquí.

- *¿Se trabaja con las familias también?*

Si, en muchos casos se trabaja con las familias en conjunto desde todas las áreas.

- *¿En qué consiste la rehabilitación brindada por el hospital?*

Lo que se intenta es poder organizar todas las competencias globales del paciente. Se trabaja en cada área según el problema que tenga. Yo por ejemplo trabajo con los pacientes que ya están más avanzados en su recuperación. Pero es un trabajo interdisciplinario muy completo el que se realiza aquí en este servicio.

- *¿Qué profesionales forman parte del equipo?*

Fisiatra, psicólogo. Kinesiólogos. Fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, gimnasia terapéutica, trabajos social y a través de interconsulta también se trabaja con una nutricionista.

- *¿Tiene un tiempo determinado de duración?*

No, eso es muy relativo. Lo bueno es que una vez que el paciente es dado de alta, se les realiza un seguimiento a través de consultas médicas, hasta que dejan de venir.

- *¿Cuál es el concepto de rehabilitación que tiene?*

Y es más o menos lo que te explique antes, tiene que ver con la capacidad de lograr una estabilidad y un equilibrio en todos los aspectos de la vida cotidiana del paciente. Y con intentar que logre una cierta autonomía.

- *¿Cuáles son las causas que generan la exclusión de las personas en situación de discapacidad?*

Y por lo general lo que yo más veo en mis pacientes, es que una de las causas más preponderantes es lo económico. Muchas personas antes de ingresar al servicio eran sostén de familia y ya no pueden seguir manteniendo ese rol y sumado a que en la actualidad, estamos pasando por una situación económica complicada, hace que se modifique todo el esquema familiar y de alguna manera se vea afectado. En muchos casos también los pacientes ya se encuentran excluidos desde antes de ingresar. Pero claramente lo económico es una causa muy importante de exclusión, lo que lleva a que se vean afectados muchos otros aspectos de la vida de la persona.

Ley 26.378 CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO

Fecha de Publicación: B.O. 09/06/2008.

Sancionada: Mayo 21 de 2008

Promulgada: Junio 6 de 2008

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

ARTICULO 1º — Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas A/ RES/ 61/ 106, el día 13 de diciembre de 2006. Ambos instrumentos jurídicos forman parte del presente como “Anexo 1” y “Anexo 2” respectivamente.

ARTICULO 2º — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS

VEINTIUN DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL OCHO. — REGISTRADO BAJO EL Nº 26.378 — EDUARDO A. FELLNER. — JULIO CESAR C. COBOS. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

La Asamblea General, Recordando su resolución 56/168, de 19 de diciembre de 2001, por la que decidió establecer un comité especial, abierto a la participación de todos los Estados Miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examinase las propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social, Recordando también sus resoluciones anteriores pertinentes, la última de las cuales es la resolución 60/232, de 23 de diciembre de

2005, así como las resoluciones pertinentes de la Comisión de Desarrollo Social y la Comisión de Derechos Humanos, Acogiendo con agrado las importantes contribuciones que han hecho las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y las instituciones nacionales de derechos humanos a la labor del Comité Especial,

1. Expresa su reconocimiento al Comité Especial por haber concluido la elaboración de los proyectos de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de Protocolo Facultativo de esa Convención;
2. Aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención que figuran en el anexo de la presente resolución, que estarán abiertos a la firma en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007;
3. Exhorta a los Estados a que consideren la posibilidad de firmar y ratificar la Convención y el Protocolo Facultativo como cuestión prioritaria y expresa la esperanza de que entren en vigor en breve;
4. Pide al Secretario General que proporcione el personal y las instalaciones necesarios para el eficaz cumplimiento de las funciones de la Conferencia de los Estados Partes y el Comité previstos en la Convención y el Protocolo Facultativo después de la entrada en vigor de la Convención, así como para la difusión de información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo;
5. Pide también al Secretario General que aplique progresivamente normas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios del sistema de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de la Convención, en particular cuando se hagan trabajos de renovación;
6. Pide a los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas que tomen medidas para difundir información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo y promover su comprensión, e invita a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a que hagan otro tanto;
7. Pide al Secretario General que le presente, en su sexagésimo segundo período de sesiones, un informe relativo a la situación de la Convención y el Protocolo Facultativo y la aplicación de la presente resolución, en relación con el subtema titulado

“Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”. 76a sesión plenaria
13 de diciembre de 2006

Anexo I Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Preámbulo

Los Estados Partes en la presente Convención,

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,³

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,

d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las

Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,

g) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,

h) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,

i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,

j) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,

k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,

l) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,

n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,

o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,

- p) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,
- q) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,
- r) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,
- s) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,
- t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,
- u) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos, v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,
- w) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

x) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,

y) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

Conviene en lo siguiente:

Artículo 1º Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 2º Definiciones

A los fines de la presente Convención:

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables; Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Artículo 3º Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Artículo 4º Obligaciones generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

- a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
- b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
- c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
- d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
- e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;
- f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño, universal en la elaboración de normas y directrices; 6
- g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
- h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;

i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente

Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

Artículo 5º Igualdad y no discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 6º Mujeres con discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que 7 puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Artículo 7º Niños y niñas con discapacidad

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión, que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Artículo 8º Toma de conciencia

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:

a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;

b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;

c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:

i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;

ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;

iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral; b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;

c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;

d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

Artículo 9º Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán

medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las 8 comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
- f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
- g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;
- h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Artículo 10 Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 11 Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Artículo 12 Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica:
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Artículo 13 Acceso a la justicia

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Artículo 14 Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Artículo 15 Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. 10

Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección, tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha

recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Artículo 17 Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 18 Libertad de desplazamiento y nacionalidad

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:

- a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
- b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;
- c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;
- d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.

2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

Artículo 19 Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Artículo 20 Movilidad personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

- a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;
- b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;
- c) Ofrecer a las personas, con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
- d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

Artículo 21 Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida, la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

a) Facilitar las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;

b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;

c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante

Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;

d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;

e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Artículo 22 Respeto de la privacidad

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 23 Respeto del hogar y de la familia

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:

a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se

separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Artículo 24 Educación

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. 13

Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:

- a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
- b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
- c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:

- a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
- b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
- c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
- d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;

e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad.

A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:

a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;

b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;

c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Artículo 25 Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los

Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Artículo 26 Habilitación y rehabilitación

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

programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

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

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

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

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

Artículo 27 Trabajo y empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;

b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;

- c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;
- d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
- e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
- f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
- g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
- h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
- i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
- j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto; k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

Artículo 28 Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de

discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

- a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
- b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
- c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
- d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
- e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Artículo 29 Participación en la vida política y pública

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

- a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:
 - i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;
 - ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier

función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;

iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:

i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;

ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

Artículo 30 Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:

a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;

b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;

c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de

propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;

b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;

c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;

e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participen en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

Artículo 31 Recopilación de datos y estadísticas

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá:

a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad; b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los

derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

Artículo 32 Cooperación internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;

b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;

c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

Artículo 33 Aplicación y seguimiento nacionales

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.

2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención.

Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción, de los derechos humanos.

3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

Artículo 34 Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “el Comité”) que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.

2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos.

Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.

3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención.

Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.

5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.

13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

Artículo 35 Informes presentados por los Estados Partes

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

Artículo 36 Consideración de los informes

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Este podrá responder enviando al Comité cualquier información que desee. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.
2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.
3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.
4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes.
5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

Artículo 37 Cooperación entre los Estados Partes y el Comité

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato.
2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

Artículo 38 Relación del Comité con otros órganos

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que entren dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos.

El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entren dentro de su ámbito de actividades;

b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 39 Informe del Comité

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

Artículo 40 Conferencia de los Estados Partes

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.

2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o

cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General.

Artículo 41 Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

Artículo 42 Firma

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 43 Consentimiento en obligarse

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

Artículo 44 Organizaciones regionales de integración

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención.

Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la presente Convención.

Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47 de la presente Convención, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.

4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 45 Entrada en vigor

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.
2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 46 Reservas

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.
2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 47 Enmiendas

1. Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

Artículo 48 Denuncia

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 49 Formato accesible

El texto de la presente Convención se difundirá en formatos accesibles.

Artículo 50 Textos auténticos

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

Anexo II

Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Los Estados Partes en el presente Protocolo acuerdan lo siguiente:

Artículo 1

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo (“Estado Parte”) reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (“el Comité”) para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas sujetos a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.

2. El Comité no recibirá comunicación alguna que concierna a un Estado Parte en la Convención que no sea parte en el presente Protocolo.

Artículo 2-

El Comité considerará inadmisibles una comunicación cuando:

- a) Sea anónima;
- b) Constituya un abuso del derecho a presentar una comunicación o sea incompatible con las disposiciones de la Convención;
- c) Se refiera a una cuestión que ya haya sido examinada por el Comité o ya haya sido o esté siendo examinada de conformidad con otro procedimiento de investigación o arreglo internacionales;
- d) No se hayan agotado todos los recursos internos disponibles, salvo que la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente o sea improbable que con ellos se logre un remedio efectivo;
- e) Sea manifiestamente infundada o esté insuficientemente sustanciada; o
- f) Los hechos objeto de la comunicación hubieran sucedido antes de la fecha de entrada en vigor del presente Protocolo para el Estado Parte interesado, salvo que esos hechos continuasen produciéndose después de esa fecha.

Artículo 3-

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2 del presente Protocolo, el Comité pondrá en conocimiento del Estado Parte, de forma confidencial, toda comunicación que reciba con arreglo al presente Protocolo. En un plazo de seis meses, ese Estado Parte

presentará al Comité por escrito explicaciones o declaraciones en las que se aclare la cuestión y se indiquen las medidas correctivas que hubiere adoptado el Estado Parte, de haberlas.

Artículo 4

1. Tras haber recibido una comunicación y antes de llegar a una conclusión sobre el fondo de ésta, el Comité podrá remitir en cualquier momento al Estado Parte interesado, a los fines de su examen urgente, una solicitud para que adopte las medidas provisionales necesarias a fin de evitar posibles daños irreparables a la víctima o las víctimas de la supuesta violación.

2. El ejercicio por el Comité de sus facultades discrecionales en virtud del párrafo 1 del presente artículo, no implicará juicio alguno sobre la admisibilidad o sobre el fondo de la comunicación.

Artículo 5

El Comité examinará en sesiones privadas las comunicaciones que reciba en virtud del presente Protocolo. Tras examinar una comunicación, el Comité hará llegar sus sugerencias y recomendaciones, si las hubiere, al Estado Parte interesado y al comunicante.

Artículo 6

1. Si el Comité recibe información fidedigna que revele violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de los derechos recogidos en la Convención, el Comité invitará a ese Estado Parte a colaborar en el examen de la información y, a esos efectos, a presentar observaciones sobre dicha información.

2. Tomando en consideración las observaciones que haya presentado el Estado Parte interesado, así como toda información fidedigna que esté a su disposición, el Comité podrá encargar a uno o más de sus miembros que lleven a cabo una investigación y presenten, con carácter urgente, un informe al Comité. Cuando se justifique y con el consentimiento del Estado Parte, la investigación podrá incluir una visita a su territorio.

3. Tras examinar las conclusiones de la investigación, el Comité las transmitirá al Estado Parte interesado, junto con las observaciones y recomendaciones que estime oportunas.

4. En un plazo de seis meses después de recibir las conclusiones de la investigación y las observaciones y recomendaciones que le transmita el Comité, el Estado Parte interesado presentará sus propias observaciones al Comité.

5. La investigación será de carácter confidencial y en todas sus etapas se solicitará la colaboración del Estado Parte.

Artículo 7

1. El Comité podrá invitar al Estado Parte interesado a que incluya en el informe que ha de presentar con arreglo al artículo 35 de la Convención pormenores sobre cualesquiera medidas que hubiere adoptado en respuesta a una investigación efectuada con arreglo al artículo 6 del presente Protocolo.

2. Transcurrido el período de seis meses indicado en el párrafo 4 del artículo 6, el Comité podrá, si fuera necesario, invitar al Estado Parte interesado a que le informe sobre cualquier medida adoptada como resultado de la investigación.

Artículo 8

Todo Estado Parte podrá, al momento de la firma o ratificación del presente Protocolo, o de la adhesión a él, declarar que no reconoce la competencia del Comité establecida en los artículos 6 y 7.

Artículo 9

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario del presente Protocolo.

Artículo 10

El presente Protocolo estará abierto a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración signatarios de la Convención en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 11

El presente Protocolo estará sujeto a la ratificación de los Estados signatarios del presente Protocolo que hayan ratificado la Convención o se hayan adherido a ella. Estará sujeto a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias del presente Protocolo que hayan confirmado oficialmente la Convención o se hayan adherido a ella.

Estará abierto a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que haya ratificado la Convención, la haya confirmado oficialmente o se haya adherido a ella y que no haya firmado el presente Protocolo.

Artículo 12

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.
2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo al presente Protocolo se aplicarán a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.
3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 13 y en el párrafo 2 del artículo 15 del presente Protocolo, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.
4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la reunión de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en el presente Protocolo. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 13

1. Con sujeción a la entrada en vigor de la Convención, el presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día después de que se haya depositado el décimo instrumento de ratificación o adhesión.
2. Para cada Estado u organización regional de integración que ratifique el Protocolo, lo confirme oficialmente o se adhiera a él una vez que haya sido depositado el décimo instrumento a sus efectos, el Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 14

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito del presente Protocolo.
2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 15

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda al presente Protocolo y presentarla al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Las enmiendas adoptadas y aprobadas conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrarán en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, las enmiendas entrarán en vigor para todo

Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubieran depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

Artículo 16

Los Estados Partes podrán denunciar el presente Protocolo mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 17

El texto del presente Protocolo se difundirá en formatos accesibles.

Artículo 18

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Protocolo serán igualmente auténticos.

Ley Provincia de Mendoza N° 5.041 Régimen de protección para las personas discapacitadas

MENDOZA, 19 DE SETIEMBRE DE 1985

BOLETIN OFICIAL, 5 DE NOVIEMBRE DE 1985

EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA,
SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

TITULO I Normas generales (artículos 1 al 9)

CAPITULO I Objeto de la Ley, concepto y calificación del discapacitado (artículos 1 al 4)

Artículo 1

Art. 1.- Por la presente ley se establece el Régimen de Protección de las Personas Discapacitadas que les asegurará:

- a) La organización del sistema de protección;
- b) Atención médica, educación, seguridad social y aprovechamiento del tiempo libre;
- c) Franquicias e igualdad de oportunidades para su desempeño eficaz en la sociedad.-

Artículo 2

Art. 2.- A los efectos previstos en esta ley, se considera discapacitada a toda aquella persona que presente alteraciones funcionales físicas, mentales o sensoriales, permanentes o prolongadas, que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables para una adecuada integración familiar, social, educacional o laboral.-

Artículo 3

Art. 3.- La certificación de la existencia de la discapacidad, de su naturaleza y grado, y de las posibilidades de rehabilitación del afectado, así como la indicación del tipo de actividad profesional o laboral que puede desempeñar, serán efectuada por una Junta Calificadora dependiente del organismo que se crea por el Art. 5 de la presente Ley. El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla. Todos los datos e informaciones que hagan al estado del discapacitado, deberán ser consignados en el Registro Unico del Discapacitado, el que dependerá del organismo creado en el Art. 5.-

Artículo 4

Art. 4.- La Junta Calificadora estará integrada por el Director de la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, quien la presidirá y por cuatro (4) profesionales con especialidad en la materia, según lo determinará la reglamentación.-

CAPITULO II De la dirección Provincial de la asistencia integral del discapacitado

(artículos 5 al 9)

Artículo 5

Art. 5.- Créase la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, dependiente del Ministerio de Bienestar Social (Sub Secretaría de Promoción Social). El Instituto Concepción Jorba de Funes (Instituto de Internación de Diagnóstico Profundo), pasará a depender de esta Dirección. La misma tendrá las siguientes funciones:

- a) Realizar tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento así como disponer los medios para la rehabilitación integral de todas aquellas personas comprendidas en el Art. 2 de la presente ley;
- b) Implementar los planes adecuados para lograr la formación laboral y/o profesional;
- c) Instrumentar sistemas de préstamos, subsidios, subvenciones y becas, destinados a facilitar la actividad laboral, intelectual y el desenvolvimiento social, como así mismo el tratamiento al que se hace referencia en el inciso a);
- d) Promover la educación en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no pueda cursar en escuelas comunes;
- e) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente ley;
- f) Elaborar un plan provincial de largo alcance para rehabilitación del Discapacitado, que será incluido en los planes de desarrollo socio-económico de la Provincia;
- g) Prestar asistencia logística y técnica, con programas especiales tanto dentro del deporte comunitario, como los que hacen al uso del tiempo libre y la recreación;
- h) Reunir toda la información sobre la problemática que plantea el tema de la discapacidad;
- i) Desarrollar planes especiales en la materia y dirigir la investigación en el área de la discapacidad;

- j) Apoyar, subsidiar, coordinar y supervisar la actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas;
- k) Proponer medidas adicionales a las establecidas en esta ley que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias;
- l) Estimular a través de los medios masivos de comunicación el uso efectivo de los recursos y servicios existentes, así como proponer al desarrollo del sentido de solidaridad social en la materia;
- ll) Realizar campañas de información pública, que tiendan a la orientación y/o promoción en el plano individual, familiar y social;
- m) Crear una bolsa de trabajo para discapacitados;
- n) Promover la creación de un banco de prótesis e instrumentos;
- Ñ) Prestar asistencia técnica a las Municipalidades;
- o) Otorgar el certificado de discapacidad, el cual contendrá la especificación de su naturaleza y su grado como así las posibilidades de rehabilitación del afectado y la indicación de tipo de actividad laboral que pueda desempeñar teniendo en cuenta el dictámen de la Junta Calificadora;
- p) Expedir el carnet que identifique al discapacitado como tal, teniendo éste validez a esos efectos ante todas las autoridades que deban requerirlo;
- q) Subsidiar la participación de los discapacitados en las olimpiadas especiales;

Artículo 6

Art. 6.- La Dirección de Asistencia Integral del Discapacitado, será conducida por un Director -Clase 24-, el mismo será un profesional con idoneidad en la materia, designado por el Poder Ejecutivo que tendrá como funciones el cumplimiento de todos los principios para los cuales se crea este organismo.-

Artículo 7

Art. 7.- En el ámbito de la Dirección de Asistencia Integral del Discapacitado, funcionará una Comisión Asesora conformada de la siguiente manera:

- a) Un representante de Asociaciones sin fines de lucro, con personería jurídica vinculada con la asistencia a los discapacitados. Se tenderá a que sea un discapacitado;
- b) Un representante de asociaciones de padres, con personería Jurídica, vinculada a la del asistencia discapacitado;

c) Representantes del Poder Ejecutivo de las áreas de: Salud Pública, Educación y Deportes.

La Comisión Asesora así conformada tendrá duración de un (1) año, a partir de la fecha promulgación del Decreto de Constitución dela misma, pudiendo sus miembros poder ser reelegidos por nuevos períodos. Los representantes de las áreas no gubernamentales deberán ser propuestos en una terna que elevarán al Poder Ejecutivo dichas asociaciones.-

Artículo 8

Art. 8.- La Comisión Asesora tendrá por funciones:

Proponer actividades, planes de trabajo, servir de nexo interinstitucional, asesorar y coadyuvar en las acciones que realice la Dirección.-

Artículo 9

Art. 9.- Créase el Registro Único del Discapacitado, a los efectos de receptar y elaborar la información pertinente que posibilite el cumplimiento de la presente ley. Este Registro podrá recabar los datos que estime necesario de los Organismos Públicos y Privados, quienes quedan obligados a proporcionarlos. Asimismo el Registro Único brindará la información a las Instituciones Asistenciales, Educativas o de Investigación que las requieran con el propósito de apoyar los fines estipulados en la presente ley. El Registro Único de Discapacitados dependerá de la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, organismo que reglamentará su funcionamiento.-

TITULO II Normas especiales (artículos 10 al 33)

CAPITULO I Del Ministerio de Bienestar Social (artículos 10 al 11)

Artículo 10

Art. 10 .- El Ministerio de Bienestar Social pondrá en ejecución programas a través de los cuales se habiliten en los efectores de salud, de sus jurisdicciones, de acuerdo con su grado de complejidad y el ámbito territorial por cubrir servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Dispondrá la creación de talleres protegidos terapéuticos y de producción y tendrá a su cargo la habilitación, registro y supervisión de los mismos.-

Artículo 11

Art. 11.- El Ministerio de Bienestar Social deberá establecer programas de acción destinados a apoyar en modo concreto los vínculos familiares del Discapacitado.

Cuando por la circunstancia del caso la atención del mismo resulte altamente dificultosa en su grupo familiar, deberá proveer a su asistencia y protección a través de hogares de internación, parcial o total, mientras ello sea necesario, según lo determine la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, quien fiscalizará el funcionamiento de tales establecimientos. El Ministerio de Bienestar Social promoverá y apoyará la creación de instituciones privadas, sin fines de lucro, a los fines precisados.-

CAPITULO II Del Ministerio de Educación (artículo 12)

Artículo 12

Art. 12.- El Ministerio de Cultura y Educación conjuntamente con la Dirección Provincial de Asistencia Integral al Discapacitado, tendrán a su cargo:

- a) Establecer sistemas de detección y derivación de los educandos discapacitados y reglamentar su ingreso en los diferentes niveles y modalidades y el egreso de los mismos, con arreglo a las normas vigentes, tendiendo a su integración al sistema educativo corriente;
- b) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados, en todos los grados educacionales especiales oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados;
- c) Efectuar el control de los servicios educativos no oficiales pertenecientes a su jurisdicción, para la atención de niños, adolescentes y adultos discapacitados, tanto en los aspectos de su creación como en lo correspondiente a su organización, supervisión y apoyo;
- d) Realizar evaluación y orientación vocacional de los educandos discapacitados con la finalidad de derivarlos a tareas competitivas y talleres protegidos;
- e) Estimular la investigación educativa en el área de la discapacidad;
- f) Formar personal docente y profesional especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.-

CAPITULO III Régimen laboral (artículos 13 al 18)

Artículo 13

Art. 13.- El Estado Provincial, sus Organismos Descentralizados o Autárquicos, las

Empresas, Bancos y Sociedades del Estado ocuparán personas discapacitadas que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) del ingreso que se produzca anualmente, previo el dictamen y evaluación que establezca la Junta Calificadora.-

Artículo 14

Art. 14.- En todos los casos en que se conceda u otorgue el uso de bienes del dominio público o privado del Estado Provincial para la explotación de pequeños comercios, se dará prioridad a las personas discapacitadas que estén en condiciones de desempeñarse en tales actividades, siempre que las atiendan personalmente, aún cuando para ello necesiten del ocasional auxilio de terceros y representen el único o principal medio de vida. Será nula, de nulidad absoluta, la concesión o permiso otorgado si se observan transgresiones a las disposiciones del presente artículo. El organismo competente, de oficio o petición de parte, requerirá la revocación por ilegitimidad de tal concesión o permiso.-

Artículo 15

Art. 15.- Los Bancos estatales podrán otorgar créditos que tengan por objeto la instalación, aprovisionamiento y/o mejoramiento de los pequeños comercios a que se refiere el Art. 14 de la presente ley, cuyos montos, intereses, plazos, garantías y demás modalidades establecerán a tales efectos las citadas entidades.-

Artículo 16

Art. 16.- Los Agentes de la Administración Pública, cuyos hijos discapacitados y menos dotados concurren regularmente al establecimiento oficial o privado, controlado por autoridad competente, en el cual se presten servicios de rehabilitación, tendrán el derecho a una bonificación especial equivalente a la escolaridad primaria, media y superior de ayuda escolar según corresponda. Gozarán de igual derecho los tutores o curadores que acrediten fehacientemente tener a su cargo personas discapacitadas. Establécese que el monto de la bonificación por escolaridad primaria será el correspondiente a alumnos que cursen de cuarto (4to) a séptimo (7mo) grado.-

Artículo 17

Art. 17.- El órgano de aplicación de la Ley Nro. 3.794 promoverá los estudios tendientes a establecer un régimen previsional para los discapacitados.-

Artículo 18

Art. 18.- Los empleadores que concedan empleos a personas discapacitadas tendrán derecho a computar una deducción especial del cuarenta y cinco por ciento (45%) sobre el monto que resultare ingresado en concepto de Impuesto a los Ingresos Brutos, de los haberes mensuales que reciban esos empleados. En ningún caso el monto por deducir será superior al importe de dos (2) sueldos mínimos de la Administración Pública Provincial por cada empleado discapacitado y por trimestre. En el supuesto que los discapacitados desempeñen actividades establecidas en el Art. 14 o aquellos que trabajen en forma autónoma, resultarán beneficiarios en el pago del Impuesto sobre los Ingresos Brutos, en la forma que establezca la reglamentación.

CAPITULO IV Transporte y arquitectura diferenciada (artículos 19 al 22)

Artículo 19

Art. 19.- Las empresas de transporte público terrestre que operen regularmente en el territorio provincial, deberán transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional, laboral, sanitario y/o de rehabilitación y talleres protegidos a los que deben concurrir. La reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a los discapacitados, las características de la documentación que deberán exhibir y las sanciones a los transportistas en caso de inobservancia de esta norma.

Artículo 20

Art. 20.- La Dirección Provincial de Transportes aceptará el distintivo de identificación a que se refiere el artículo 12 de la ley Nro. 19.279, el que servirá de única credencial para el libre tránsito y estacionamiento. No podrán excluirse de esas franquicias a los automóviles patentados en otras jurisdicciones.

Artículo 21

Art. 21.- En toda obra pública que se proyecte en el futuro y que esté destinada a actividades que supongan el acceso de público, deberán preverse accesos, medio de circulación e Instalaciones adecuadas para personas discapacitadas. La misma previsión deberá efectuarse para los edificios que en adelante se construyan o reformen, destinados a entes privados que presten servicio público y en los que se realicen espectáculos con acceso público. La reglamentación establecerá el alcance de las

obligaciones impuestas en este artículo, atendiendo a las características y destino de las construcciones aludidas.

Artículo 22

Art. 22.- El Instituto Provincial de la Vivienda, en el caso de aspirantes discapacitados, preverá las unidades habitacionales por adjudicar, teniendo en cuenta, las necesidades técnicas especiales

CAPITULO V Tiempo libre, recreación y deporte (artículos 23 al 24)

Artículo 23

Art. 23.- El Estado Provincial a través de la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado:

- a) Fomentará el aprovechamiento del tiempo libre en actividades recreativas que se pondrán a su alcance
- b) Apoyará la creación de entidades deportivas que aseguren el aprovechamiento al máximo de sus facultades y actitudes que aceleren el proceso de su integración o reintegración social
- c) Dispondrá las medidas tendientes al aprovechamiento de Centros Deportivos Provinciales o Municipales y Clubes Deportivos que gocen de una concesión de terrenos otorgados por el Estado Provincial;
- d) Estimulará el estudio y desarrollo de planes, investigaciones técnicas y científicas relacionadas con el tiempo libre, recreación y deportes.-

Artículo 24

Art. 24.- Los discapacitados tendrán acceso gratuito a espectáculos públicos organizados por organismos del Estado, con la sola presentación del carnet a que se refiere la presente ley.-

CAPITULO VI Seguridad Social (artículos 25 al 27)

Artículo 25

Art. 25.- (Nota de Redacción) Modifica Art. 19 Ley 3.794 .-

Artículo 26

Art. 26.- (Nota de redacción) (Modifica Art. 23 Ley 3.794)

Artículo 27

Art. 27.- Los jubilados por invalidez podrán ejercer cargos públicos cuando la causa psicofísica originante del beneficio, no sea incompatible con las prescripciones

constitucionales al respecto. En tal caso la percepción de los haberes jubilatorios se suspenderá hasta tanto cese en dichas funciones.-

CAPITULO VII Disposiciones complementarias (artículos 28 al 33)

Artículo 28

Art. 28.- La Ley de Presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a lo previsto en la presente ley.-

Artículo 29

Art. 29.- Facúltase al Poder Ejecutivo a afectar la partida necesaria así como la de Ayuda Social Directa presentada por la Dirección de Ancianidad e Invalidez, para el correcto funcionamiento de la repartición creada por el Art. 5, durante el transcurso del ejercicio 1.985 .-

Artículo 30

Art. 30.- Serán aplicables subsidiariamente al régimen de la presente ley, las disposiciones establecidas en la Ley Nro. 3.909

Artículo 31

Art. 31.- El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los noventa (90) días de su promulgación.-

Artículo 32

Art. 32.- Derógase la Ley 4.826 y toda otra disposición que se oponga a la presente Ley.

Ley 24.901 SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS EN HABILITACION Y REHABILITACION INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPITULO I Objetivo

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

CAPITULO II Ámbito de aplicación

ARTICULO 2° — Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1° de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio,

la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

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

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

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

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

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

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

- a) Personas beneficiarias del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidas en el inciso a) del artículo 5° de la ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inciso b) del presente artículo, con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el artículo 22 de esa misma ley;
- b) Jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias,
- c) Personas comprendidas en el artículo 49 de la ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica y Recapitación Laboral previsto en el punto 6 del mismo artículo;

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

e) Personas beneficiarias de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, excombatientes ley 24.310 y demás personas con discapacidad no comprendidas en los incisos precedentes que no tuvieren cobertura de obra social, en la medida en que las mismas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, con los fondos que anualmente determine el presupuesto general de la Nación para tal fin.

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

CAPITULO III Población beneficiaria

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

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

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

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

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

Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades.

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

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

CAPITULO IV Prestaciones básicas

ARTICULO 14. — Prestaciones preventivas. La madre y el niño tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social.

En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente.

Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar.

En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

ARTICULO 15. — Prestaciones de rehabilitación. Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas,

neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

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

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

ARTICULO 17. — Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza-aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para realizarlas en un período predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad.

Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

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

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

CAPITULO V Servicios específicos

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

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

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

ARTICULO 22. — Educación general básica. Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común.

El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación.

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

ARTICULO 23. — Formación laboral. Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

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

ARTICULO 25. — Centro educativo terapéutico. Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

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

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

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

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

ARTICULO 28. — Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación.

En aquellos casos que fuere necesario, se brindará la cobertura de un anestesista.

CAPITULO VI Sistemas alternativos al grupo familiar

ARTICULO 29. — En concordancia con lo estipulado en el artículo 11 de la presente ley, cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares.

Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

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

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

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

ARTICULO 32. — Hogares. Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

CAPITULO VII Prestaciones complementarias

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

- a) Facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir;
- b) Apoyar económicamente a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio-laboral, y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación.

El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

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

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

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

ARTICULO 37. — Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación.

Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social.

También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

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

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

a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así o determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;

b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;

c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético- hereditario.

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

ARTICULO 41. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

BIBLIOGRAFÍA.

- BÉLGICA GÜICHARDO, Ana **“Inclusión social para la construcción de ciudadanía”** 2008
- CÉSPEDES, Gloria Maritza **“La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación”**, Año 2005
- **“Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”**, Año 2006
- Cfr. Banco Interamericano de Desarrollo en <http://www.iadb.org>
- DORADO, Myriam **“Rehabilitación del movimiento”** en “Abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud”. Universidad de Córdoba. 2008
- EROLES, Carlos y FIAMBERTI, Hugo **“Los derechos de las personas con discapacidad”**. Cap. III. 2008
- FERREIRA, A. V. Miguel **“La Construcción social de la discapacidad”** Universidad de Murcia / Universidad Complutense de Madrid, Año 2006
- FITS **“La ética en el trabajo social. Declaración de principios”**.
- HEALTH CANADÁ, OPS. **“Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense.”** Washington, D.C: OPS; 2000. p. 14-25 y p. 31/3
- HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto **“Metodología de la Investigación”** Editorial McGraw-Hill. Año 1997
- **“La discapacidad en la actualidad”** XVI Curso de formación de agentes de pastoral de la salud, Febrero Año 2007
- Ley N° 26378 **“Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.”**
- Ley Provincia de Mendoza N° 5.041 **“Régimen de protección para las personas discapacitadas”** Año 1985
- Ley N° 8345 **“Defensoría de las personas con discapacidad”**
- LÓPEZ PIÑERO, JM. **Los estudios históricos sociales sobre medicina.** En: Lesky E. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984. p 29.
- MUYOR, Rodríguez, Jesús. **“La (con)ciencia del trabajo social en la discapacidad: hacia un modelo de intervención social basado en derechos.”**

- Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Almería, Documento de Trabajo Social N° 49.
- NNUU **The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities**. Pag 11. 1994
- OLIVERA ROULET, Grisel “**Una aproximación integral a la discapacidad**”
- PALACIOS, Agustina “**El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**” Editorial CINCA, 2008
- Union of Physically Impaired Against Segregation.
- PEREZ Alcida. **Rehabilitación: Una mirada al futuro**. 1995 Presentado en el I Congreso de Rehabilitación Integral, Medellín, Colombia
- PEREZ, Alcida “**Atención Primaria y Rehabilitación**” Libro “El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud”. Universidad Nacional de Córdoba.
- PEREZ Alicia, Rodríguez Jorge y otros “**La Entrevista**” <http://www.uam.es>
- Proyecto Inclusión Perú <http://www.inclusionperu.com>
- Publicación del Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas -- DPI/2507B – Mayo de 2008
- RUIZ FLORES, Lydia Artículo de Internet <http://www.sabersinfin.com>
- VASILACHIS de Gialdino, Irene “**Métodos cualitativos I: los problemas teórico-epistemológicos.**” Centro Editor de América Latina, Bs As, 1992
- www.hcdmza.gov.ar