Especialización en Gerontología Comunitaría e Institucional

Módulo 9

Fragilidad, Discapacidad y Vejez

Cecilia Terzaghi - Eduardo Schmunis - María Isabel Rodríguez

Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

Ministerio de Desarrollo Social
Presidencia de la Nación
Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

MODULO 9: Fragilidad, discapacidad y vejez

Autoras:

Maria Cecilia Terzaghi

Maria Isabel Rodriguez

Eduardo Schmunis

ISBN: 978-987-544-520-8

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Desarrollo Social
Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales
Dra. Alicia Kirchner

Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Dr. Gabriel Lerner

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores
Mg. Mónica Roqué

Autoridades Universitarias

Rector de la Universidad Nacional de Mar del Plata
Lic. Francisco Morea

Decana de la Facultad de Psicología
Lic. Ana Hermosilla

Secretaria de Investigación y Postgrado
Magister Mirta Lidia Sánchez

Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales
Mg. Silvana Inés Lado

Comité Académico

Doctora Alicia Kirchner, Ministra de Desarrollo Social de la Nación, Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales. Miembro del Comité Académico de la Especialización en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario de la Universidad Nacional de Lanús. Presidenta del Programa de Gestión de Transformaciones Sociales MOST de UNESCO.

Licenciada Ana Hermosilla, Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata.

Doctor Gabriel Lerner, Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Magister Mirta Lidia Sánchez, Secretaria de Investigación y Postgrado, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Magister Silvana Inés Lado, Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Doctora Isolina Dabove, Directora del Centro de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario.

Doctor Ricardo Iacub, Profesor Regular Asociado de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la UBA; Investigador de la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Rosario y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo “Evaluación Psicológica” Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dirección

Directora de la Especialización: Magíster Mónica Laura Roqué, Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Docente Experta de los cursos internacionales en Gerontología de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Profesora invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Coordinadora Académica: Especialista Susana Ordano, Coordinadora del Área de Educación y Cultura de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Especialista en Educación de Adultos Mayores y de Educación a Distancia. Docente de la Especialización de Educación de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Rosario.

Subcoordinadora Académica: Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo “Evaluación Psicológica” Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Coordinadora Operativa: Lic. María Cruz Berra, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Asesora Pedagógica: Especialista Susana López. Docente de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente de FLACSO. Especialista de Educación a Distancia.

Coordinadora de Tutores: Licenciada Estela Machain

Tutores

Región NEA: Especialista Daniel **Sulim**; Región NOA: Especialista Adriana **Cortese**; Región Centro: Dr. Carlos **Romano**; Región Cuyo: Especialista Viviana **Lasagni**; Región Capital y Conurbano: Licenciada Susana **Rubinstein**; Región Buenos Aires Interior: Licenciada

Corina **Soliverez**; Región Patagonia Norte: Licenciada María Inés **Gaviola**; Región Patagonia Sur: Especialista Jorge **Castelli**

INDICE

Unidad I: Discapacidad	11
Nomenclatura y definiciones	13
Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías	14
Clasificación general de discapacidades	15
Valoración de las perspectivas	15
Gravedad de la discapacidad	16
Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud	17
Otras conceptualizaciones	25
Datos sobre la población con Discapacidad	27
Datos internacionales.	28
España.	30
Países de Latinoamérica y el Caribe	31
Datos de nuestro país	33
Algunos comentarios sobre la ENDI	37
Actividad 1	38
Personas con discapacidad que envejecen	39
Marco legal y políticas públicas	39
Legislación en relación a las Personas con Discapacidad en nuestro país Ley Nº 22431 Sistema Integral de Protección de los Discapacitados(16 de marzo de 1981)	43
Acreditación de la Discapacidad	44
Tenencia del certificado de discapacidad en la Argentina	50
Legislación vigente	53
Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas CONADIS	54
Responsabilidad primaria	55
Funciones y Programas	55
Pensiones no contributivas	59
INADI El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo	63
ADAJUS Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia	64
Unidad II : Accesibilidad	67
Accesibilidad al medio físico	67
Barreras arquitectónicas	68
Barreras urbanísticas	78
Barreras en el transporte	85
Barreras en la comunicación	86
El hábitat de las personas con Demencias	88
La Domótica	91
Actividad 2. Propuestas para reflexionar	92
Bibliografía recomendada	93
Unidad III: Ayudas Técnicas	95
Definición	95
Tipos de Ayudas Técnicas	95

Clasificación Descripción 96
Uso de Ayudas Técnicas 97
Actividad 3 110
Uso de ayudas técnicas externas. Datos de la ENDI 111
Programas y proyectos en Argentina 112
Ayudas Técnicas en España 116
Ayudas Técnicas en Argentina 117
Actividad 4 120

Unidad IV. Discapacidad, Dependencia y Fragilidad. 121
Dependencia 121
Prestaciones de Servicios. 124
Factores antecedentes de la dependencia 126
La atención a las personas con graves discapacidades 126
Discapacidad, y Fragilidad. Coincidencias y diferencias 130
Exceso de incapacidad y dependencia 130
Fragilidad 131
Acerca de los conceptos de Fragilidad, Discapacidad y Dependencia 132
Actividad 5 134

Unidad V - Rehabilitación 135
Definición. 135
Etapas evolutivas de la Rehabilitación en la Argentina 136
Niveles de prevención y medidas de atención 137
Atención primaria de la Salud 138
Prevención de discapacidades 138
Rehabilitación integral 139
Modalidades de atención 140
Hospitales generales con servicio de rehabilitación 141
Institutos de rehabilitación de alta complejidad 141
Centros de rehabilitación de alta complejidad 141
Atención domiciliaria 141
Otra modalidad: Rehabilitación basada en la comunidad 142
Actividad 6 144
Servicios sociales asistenciales 144
Centro de Día. Residencia. Pequeños hogares. Hogares 144
Actividad 7 145
Marco legal 145
Sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad 145
Actividad 8 148

Anexo I 149
Anexo II 151
Bibliografía 153

Unidad I: Discapacidad

Al decir de Silvia Coriat“*Cuando se habla de personas con discapacidades, todos creemos hablar de lo mismo. Imaginamos de inmediato alguien en silla de ruedas o ciego, con muchas dificultades en su desempeño diario.*

Inmediatamente surgen imágenes que otorgan a algunas de estas personas un poder especial: personas que trascendieron su discapacidad, transformándose para el imaginario colectivo en superhéroes en cuyas vidas ejemplares las tareas productivas o cotidianas adquieren la dimensión de hazañas.

Ninguna de estas imágenes nos remite a personas comunes, que desarrollan su vida cotidianamente como el resto de los humanos: estudiando, trabajando, enamorándose, siendo padres o madres de familia…Aparece, o la dificultad, o la hazaña.

En el medio queda el vacío de todos aquellos pequeños haceres en los cuales a menudo ni pensamos”. (Silvia Coriat, Lo Urbano y lo Humano)

Según la época,portar un déficit implicaba, ser despreciado, adorado, compadecido, aniquilado o temido según las ideologías imperantes en el grupo social de pertenencia.Aristóteles, en el siglo V a.C., describe cómo los espartanos eliminaban a aquellos que portaban algún déficit o eran “deformes”, arrojándolos desde la cima del monte Taigueto. Si la discapacidad era secuela de una guerra, eran honrados.

En la etapa del cristianismo las personas con discapacidad fueron objeto de caridad o asilo. Luego fueron considerados sujetos de asistencia o de protección, llegando en el siglo pasado al modelo rehabilitador tendiente a “normalizar” a las personas con discapacidad.

Esta visión reduccionista pone el acento en el individuo y sus posibilidades de adaptación. En las últimas décadas se desarrolla el modelo social mirando a las personas con discapacidad como sujetos de derecho.

Se comienza a visualizar a éste grupo desde la organización y participación activa de las personas con discapacidad en distintos ámbitos.

Con la construcción del concepto de discapacidad se inaugura un lugar para aquellos que antes no lo tenían. Podemos decir que la discapacidad se hace evidente en un momento determinado, al mismo tiempo quecomienza a ser definida.

Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez en su publicación “Visión y modelos conceptuales de la discapacidad” citan a Autores como Puig de la Bellacasa o Casado que han puesto nombres a los modelos en la evolución de las mentalidades sociales. El primero de ellos habla de tres modalidades:

- Modelo **tradicional**: asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del Maligno.
- Paradigma de la **rehabilitación**: donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.
- Paradigma de la **autonomía personal**: con el logro de una vida independiente como objetivo básico

Casado enuncia cuatro modelos:

- El de **integración utilitaria**: se acepta a los sujetos con menoscabo "con resignación providencialista o fatalista".
- El de **exclusión aniquiladora**: al sujeto se le encierra y oculta en el hogar.
- El de **atención especializada y tecnificada**: dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.
- El de **accesibilidad**: basado en el principio de "normalización", donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

En ambos casos, los autores indican que estos modelos o formas sociales de ver la problemática de la discapacidad, no son mutuamente excluyentes y conviven a lo largo del tiempo, si bien se han ido imponiendo los enfoques más progresistas.

En cualquier caso, parece aceptarse el hecho de una evolución conceptual que nos lleva desde la intervención sobrenatural a la aceptación plena e independiente del sujeto con limitaciones. Al mismo tiempo, debemos comprender que esta coexistencia de distintas visiones sobre la misma situación indica la propia y natural limitación del ser humano, con la dificultad que supone para él aceptar la evolución conceptual.

Nomenclatura y definiciones.

¿Cómo se llega a una definición internacional de la discapacidad?

En los años 70, cuando predominaba el modelo biológico-individual de ladiscapacidad, el enfoque predominante era el de la Rehabilitación.

Su esenciaconsistía en "reparar" o "compensar" las funciones dañadas mediante técnicasterapéuticas y/o aparatos y ayudas técnicas, en la idea de que con esos apoyosy mejoras el sujeto afectado se reintegraría a las actividades propias de suedad y ámbito cultural.

En el año 1980 la Organización Mundial de la Salud publica la CIDDM(Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) que se traduce en 14 idiomas, la versión en español fue realizada en 1983 (IMSERSO) y define a la discapacidad en tres dimensiones:

DEFICIENCIA	Pérdidao anormalidad de una estructura o función psicológica,fisiológica o anatómica del individuo (nivel de órgano).
DISCAPACIDAD	Restricción o ausencia debida a deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal (nivel del individuo).
MINUSVALIA	Situación de desventaja que surge en un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (nivel social).

La CIDDM, introdujo el concepto de Minusvalía con una connotación social, en cuanto a la desventaja que produce en la persona padecer una deficiencia o una discapacidad.

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad.

Clasificación de las DEFICIENCIAS:

1. Deficiencias intelectuales
2. Otras deficiencias psicológicas
3. Deficiencia del lenguaje y del aprendizaje
4. Deficiencia del órgano de la audición
5. Deficiencia del órgano de la visión
6. Deficiencias viscerales
7. Deficiencias músculo esqueléticas
8. Deficiencias desfiguradoras
9. Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras

Clasificación de las DISCAPACIDADES:

Discapacidades de la conducta

Discapacidades de la comunicación

Discapacidades del cuidado personal

Discapacidades de la locomoción

Discapacidades de la disposición del cuerpo

Discapacidades de la destreza

Discapacidades de situación

Discapacidades de una determinada aptitud

Otras restricciones de la actividad

Clasificación de las MINUSVALIAS:

1. Minusvalía de orientación

2.	Minusvalía de independencia física
3.	Minusvalía de la movilidad
4.	Minusvalía ocupacional
5.	Minusvalía de la integración social
6.	Minusvalía de autosuficiencia económica
7.	Otras minusvalías

Clasificación general de discapacidades

Una de las formas posibles de clasificar las discapacidades es en relación a la pérdida funcional frente al entorno físico, sin considerar las causas etiológicas que las originaron:

Discapacidades Motoras	• No ambulatorias • Semiambulatorias • Ambulatorias
Discapacidades Sensoriales	• Auditivas • Visuales • Táctiles
Discapacidades Mentales	• Intelectuales • De la personalidad
Discapacidades Del habla	
Discapacidades Asociadas	

A su vez, estas discapacidades pueden ser ***transitorias***o ***permanentes*****.**

Valoración de las perspectivas

El pronóstico refleja el curso probable que va a seguir el estado de discapacidad del sujeto.

Materia de escala:

La posibilidad de intervención a nivel del individuo para mejorar la ejecución funcional en relación con lo que se espera sea su estado futuro.

Categorías de la escala de pronóstico:

0. No discapacitado
1. Posibilidades de recuperación
2. Posibilidades de mejoría
3. Posibilidades de asistencia
4. Discapacidad estable
5. Posibilidades de adaptación
6. Discapacidad deteriorante
7. Pronóstico indeterminado
8. Pronóstico sin especificar

Gravedad de la discapacidad

La gravedad de la discapacidad refleja el grado en que se ve restringido el rendimiento de la actividad de un sujeto.

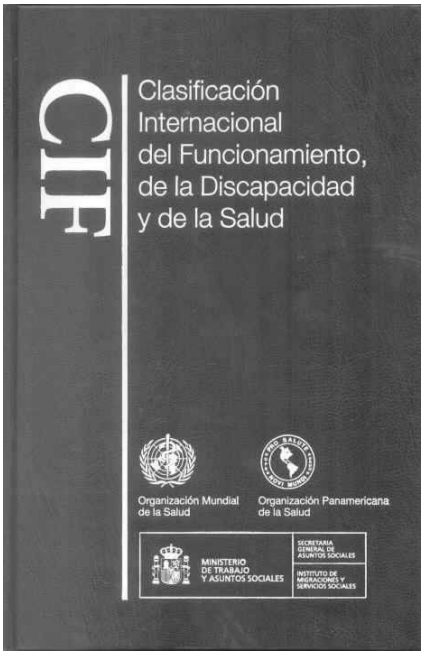
Materia de escala; El grado de posibilidad de intervención a nivel del sujeto para mejorar el rendimiento funcional en relación con la situación actual.

Categoría de escala de gravedad

0. No discapacitado
1. Dificultad en la ejecución
2. Ejecución ayudada
3. Ejecución asistida
4. Ejecución dependiente
5. Incapacidad incrementada
6. Incapacidad completa
7. No aplicable
8. Gravedad sin especificar

Para un conocimiento mas detallado ver Anexo I. Manual de CIDDM.

Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud



Durante las dos últimas décadas hemos asistido a un **profundo cambio** en **el tratamiento del fenómeno de la discapacidad.**

Tomando en cuenta las nuevas concepciones de discapacidad elaboradas en ámbitos académicos y de las propias organizaciones de las personas con discapacidad surge un enfoque que jerarquiza la importancia de los factores sociales. En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F.) La CIF clasifica sistemáticamente cualquier **estado funcional** asociado con estados de salud, considera de forma principal el **contexto** en que se desenvuelve la persona (siendo un modelo bio-psico-social).

Brinda un nuevo marco conceptual y un lenguaje común, útil a la planificación e investigación en el campo de la discapacidad.

El término *discapacidad, en la CIF* ha sido remplazado por el término neutro de *actividad*, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como *limitaciones en la actividad.*

El término *minusvalía* ha sido remplazado por el de *participación*, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como *restricciones en la participación.*

"*Cubre toda alteración en términos de estados funcionales en niveles corporal, individual y social, asociados a estados de salud.*

***Funcionamiento** y **Disapacidad** son términos genéricos que abarcan dos dominios:*

- *Funciones y estructuras corporales.*

- *Actividades y participación.*

Estas dimensiones de la experiencias relacionadas con la salud, remplazan los términos utilizados anteriormente – deficiencia, discapacidady minusvalía- y extienden su significado para incluir experiencias positivas." (C. Figari, T. Figari- 2005).

Los términos ***Funciónyestructura*** hacen referencia al nivel corporal. Las **deficiencias** son **problemas en las funciones o estructuras corporales**. Pueden ser:

- **Temporales**: tener una fractura significaría tener una deficiencia temporal en la estructura corporal de dicho hueso.
- **Permanentes**: una persona con una paraplejía tendría una deficiencia permanente en los músculos de la mitad inferior del cuerpo.
- **Regresivas**: una persona con afonía debida al frío tendría una deficiencia en las funciones de producción de la voz que desaparecería al cabo de unos días.
- **Estáticas**: una persona con una sordera congénita tendría deficiencia en las funciones auditivas.
- **Intermitentes**: una persona que sufre mareos de vez en cuando.
- **Continuas**: una persona con alergia tiene una deficiencia en su sistema inmunológico.

Actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Seria lo que la persona sería capaz de realizar en un entorno facilitador (nivel individual). La **dimensión Actividad** abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud:

Aprendizaje y aplicación del conocimiento

- Experiencias sensoriales Intencionadas
- Aprendizaje Básico
- Aplicación del conocimiento

Tareas y demandas generales

- Comunicación
- Movilidad
- Autocuidado
- Vida domestica

Limitaciones en la actividad

- Son dificultades que un individuo, con determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/ realización de diversas actividades.
- La actividad esta limitada cuando la persona, en el contexto de un estado de salud, tiene dificultades para realizar la actividad de la manera esperada o no puede realizarla.

- Las **dificultades en la actividad** pueden surgir cuando existe una alteración cualitativa o cuantitativa en la forma en que estas actividades son llevadas a cabo.
- Las limitaciones en la actividad **se evalúan en comparación con una norma aceptada**, de acuerdo con las expectativas culturales y sociales de la población.
- La utilización de **ayudas técnicas** no elimina la deficiencia, pero puede suprimir las limitaciones en la actividad en áreas específicas.

Participación es el **acto de involucrarse en una situación vital.** Es lo que la persona hace en su entorno habitual haciendo referencia a oportunidades o barreras sociales (nivel social).

Interacciones y relaciones personales.

- Educación
- Trabajo y Empleo
- Vida Económica

Vida comunitaria, social y cívica

- Vida comunitaria
- Tiempo Libre y Ocio
- Religión y Espiritualidad
- Derechos Humanos
- Vida Política y ciudadana
- Vida Comunitaria, Social y Cívica

Factores Ambientales

- Productos y Tecnologías
- Entorno Natural y Cambios en el Entorno derivados de la Actualidad Humana
- Apoyo y Relaciones.
- Actitudes
- Servicios, Sistemas y Políticas

Restricciones a la participación

Estetérmino, que sustituye al de minusvalía, alude a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales

Los factores contextuales constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los **factores personales** y los **factores ambientales,** que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.

Facilitadores

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo,…). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.

Barreras/obstáculos

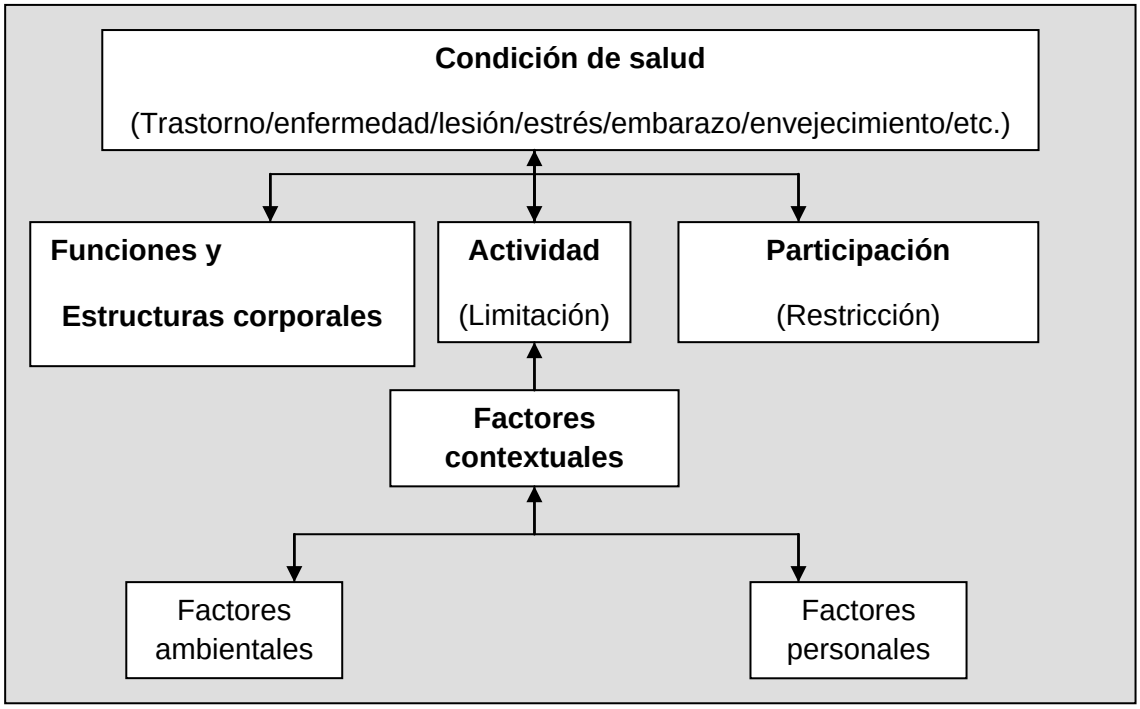
Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las personas con discapacidad.

Esta visión de conjunto que abarca los aspectos positivos y negativos del funcionamiento humano, podrían esquematizarse de la siguiente manera:

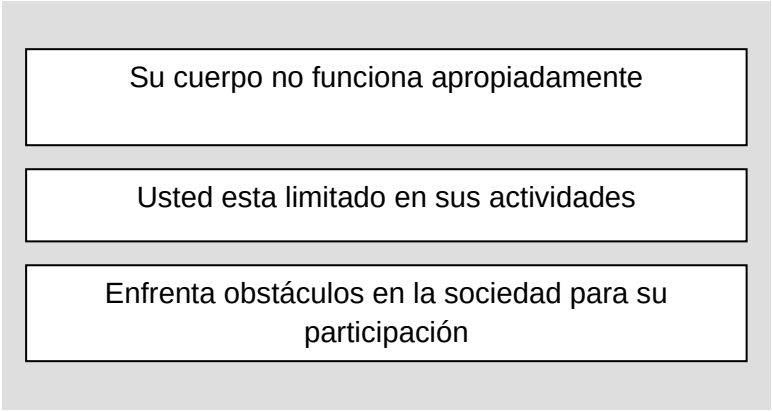
Aspecto positivo Funcionamiento (termino paraguas)	Aspecto negativo Discapacidad (termino paraguas)
Funciones y Estructuras Corporales	Funciones y estructuras Corporales Deficiencias
Actividad y Participación (capacidad y desempeño)	Actividad y Participación Limitación de la actividad/ restricción de la participación
Factores contextuales Ambientales y Personales	Factores Contextuales Ambientales y Personales Facilitadores/Barreras

Entonces, se piensa la***Discapacidad*** comoel término genérico que engloba todos los componentes: deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y su entorno físico y social (factores contextuales).

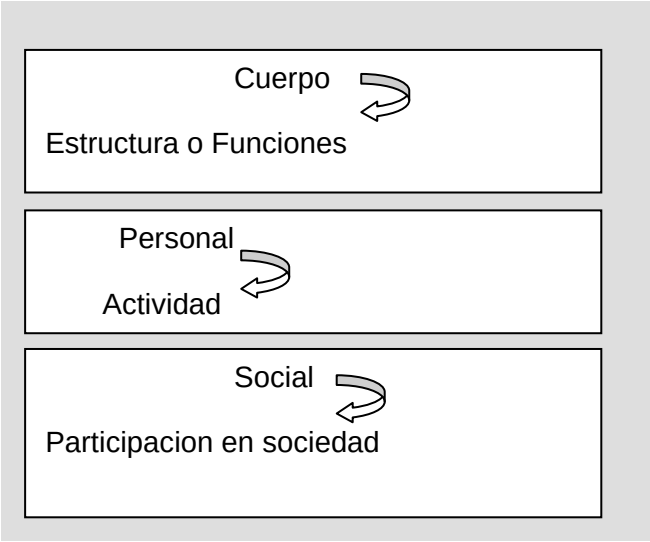
Interacciones de los componentes de la CIF



Discapacidad en términos sencillos



Dimensiones de la Discapacidad



La clasificación internacional del funcionamiento tiene una aplicación universal, es decir puede aplicarse a cualquier individuo:

Nivel corporal	Funciones y estructuras corporales	• Mentales • Sensoriales • Voz y habla • Cardiovascular • Hematológico • Inmunológico • Respiratorio • Metabólico • Genitourinario • Reproductivo • Neuromuscular • De la piel y estructuras relacionadas
Nivel individual	Actividades y participación	• Aprendizajes y aplicación del conocimiento • Tares generales y

		demandas • Comunicación • Movilidad • Cuidado personal • Vida doméstica • Interacciones y relaciones interpersonales • Principales áreas de la vida • Vida comunitaria social y cívica
Nivel social	Factores contextuales	• Productos y tecnología • Entorno natural y cambios en el entorno derivado de la actividad humana • Apoyo y relaciones • Actitudes • Servicios, sistemas y políticas

Fuente Figari,C.,2005

"Ha sido largo el camino recorrido hasta llegar a esta nueva conceptualización de la discapacidad: camino que va desde **un enfoque eminentemente biológico a otro más comprensivo de los factores ambientales.** De fijarnos en los déficits a fijarnos más en los derechos de estas personas. De ocuparnos sólo de los individuos a preocuparnos también por los obstáculos ambientales.

Resumiendo entonces…

En efecto, durante años se consideró a la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, traumatismo o cualquier otro problema de salud, que consecuentemente requería de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad estaba encaminado a conseguir la rehabilitación de la persona con vistas a una mejor adaptación a un ambiente, que en ningún momento se cuestionaba.

Hoy se hace más hincapié en los **factores ambientales**, en su calidad de condicionantes tanto del origen de las discapacidades como de la solución de los problemas que conllevan. Este nuevo enfoque sostiene que una parte sustancial de las dificultades y desventajas que tienen las personas con discapacidad no son atribuibles a sus propios déficits y limitaciones sino a carencias, obstáculos y barreras que existen en el entorno social. (II PLAN DE ACCION 2003 2007). A partir de la participación de las propias personas con discapacidad, es que el enfoque de esta temática se actualiza y enriquece al pensarse desde la perspectiva de los **derechos humanos.**

Otras conceptualizaciones

Desde otras perspectivas es interesante conocer otras definiciones:

El **Banco Mundial** definió en diciembre de 2004:

"La Discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no considera estas diferencias. En otras palabras, personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales son a menudo discapacitadas no por una condición de diagnóstico sino porque se les restringe el acceso a la educación, los mercados laborales, y los servicios públicos. Esta exclusión conduce a la pobreza y, como en un círculo vicioso, la pobreza conduce a más discapacidad, porque aumenta la vulnerabilidad de las personas" (Fundación Par, 2005).

Nuestra **Ley Nacional Nº 22.431** define a las Personas con discapacidad de la siguiente forma:

ARTICULO 2°: A los efectos de esta Ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física

o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral

Es importante analizar también las distintas denominaciones utilizadas al nombrar a las personas con discapacidad, posiciones que denotan y efectos que producen:

Eduardo Joly, miembro de Fundación Rumbos (La Plata, 2003. Seminario de la Facultad de Trabajo Social, UNLP) afirma:

"…redefiniciones semánticas en el campo de la discapacidad – tales como personas con necesidades especiales o con capacidades diferentes – que constituyen intentos por poner la mirada en las potencialidades humanas del ser signado por la discapacidad, y que por ende procuran rechazar – desde una resistencia terminológica – las connotaciones ideológicas de la discapacidad como un algo en menos, como un desvalor humano.

Hay otras resemantizaciones, tales como "no-videntes" para referirse a los ciegos, "hipoacúsicos" para referirse a los sordos, "personas con movilidad reducida" para referirse a quienes suelen denominarse "personas con discapacidad motriz", y hasta "personas con desafíos físicos" que aún no ha llegado a nuestras latitudes (ya llegará) y que es una traducción literal del inglés "the physically challenged", en las cuales el denominador común pareciera ser pretender desde la semántica despojar a los términos de sus efectos de sentido supuestamente hirientes, discriminatorios, denigrantes."

En definitiva pareciera que existe cierto grado de dificultad por nombrar a las personas con discapacidad como discapacitados, utilizando términos que intentan suavizar el significado y

sus connotaciones negativas. Términos ambiguos que esconden prejuicios y miedos de antaño, términos que aportan a la invisibilización.

Como dice Feierstein, los diversos paradigmas de la "integración" tendieron a articularse, en algunos casos, con un discurso políticamente correcto vinculado al eufemismo en las denominaciones y a la licuación e igualación de todas las diferencias: así como las personas negras pasaron a ser "personas de color", las personas discapacitadas fueron concebidas desde la lógica de las "capacidades diferentes" o a las "necesidades especiales". (Feierstein, 2009).[1]

Desde la óptica de los derechos humanos, suele utilizarse el término "los discapacitados" en lugar de "las personas con discapacidad", para destacar el hecho de que es la sociedad la que discapacita a la persona.

En el marco del análisis de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con Discapacidad, Agustina Palacioshace referencia, al concepto de persona con discapacidad plasmado en la misma, que, a pesar de una marcada reticencia por parte de un grupo importante de Estados a recoger una definición en el cuerpo del texto, por un lado apela a la existencia de diversidades funcionales físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo de la persona, y por otro lado, relaciona dichas diversidades funcionales con la interacción del entorno, que genera barreras que pueden limitar y/o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Palacios, A. 2008) [2]

Algunos datos sobre la población con Discapacidad

A continuación presentamos algunos datos internacionales, de España y de países de Latinoamérica y del Caribe relacionados con la discapacidad.

[1]Feierstein, Daniel. Ponencia en las **Jornadas de Difusión y Seguimiento de laConvención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,** organizadas porla Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.Comisión de Discapacidad de la Cámara de Diputados de la Nación.15 y 16 de octubre de 2009.

[2] Para mayor información sobre modelos de tratamiento de la Discapacidad que a lo largo del tiempo se ha dispensado a las personas con Discapacidad, remitirse a Palacios, Agustina. "El modelo social de discapacidad:orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". **Grupo editorial CINCA.** Madrid. Octubre 2008.

Datos Internacionales

- 7 AL 10 % de la población mundial padece algún tipo de discapacidad. (La Discapacidad en la Argentina, 2005). Se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total, considerando que afecta no solo a la persona que lo sufre, si no aquellos que la cuidan, a los familiares, a la comunidad y a cualquiera que apoye el desarrollo de la comunidad.
- De este total, solamente el 1% sufre algún tipo de discapacidad severa o grave que requiere de intervenciones más complejas, el 3% requiere asistencia de rehabilitación inmediata y podría mejorar .El otro 6% requiere de intervenciones no especializadas en los distintos componentes del proceso de la rehabilitación integral (educación, trabajo, área social, deportiva, recreacional).
- Según estimaciones de la OMS, el 50% de las discapacidades son prevenibles: accidentes, desnutrición, falta de inmunización.
- El Banco Mundial estima que una de cada 10 personas en el mundo sufre de algún tipo de padecimiento sensorial, intelectual, o mental, con consecuencias en su capacidad de producción.
- Cada año se suman 10.000.000 de personas con discapacidad moderada a severa.
- Cada día se suman 25.000 personas con discapacidad moderada a severa.
- Para el 2025, habrá un estimado de 600 millones de personas con discapacidad.
- Esta cifra está aumentando debido al crecimiento de la población, los avances de la medicina y el proceso de envejecimiento, dice la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- En los países donde la esperanza de vida es superior a los 70 años, en promedio alrededor de 8 años o el 11.5% de la vida de un individuo transcurre con incapacidades.
- El 80 % de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- El Banco Mundial estima que el 20% de los más pobres del mundo tienen discapacidades, y tienden a ser considerados dentro de sus propias comunidades como las personas en situación más desventajosa.
- Se reconoce que las mujeres con discapacidad experimentan múltiples desventajas, siendo objeto de exclusión debido a su género y a su discapacidad.

- Las mujeres y las niñas con discapacidad son particularmente vulnerables al abuso. Según una pequeña encuesta realizada en Orissa (India), prácticamente todas las mujeres y las niñas con discapacidad eran objeto de palizas en el hogar, el 25% de las mujeres con discapacidades intelectuales habían sido violadas y el 6% de las mujeres con discapacidad habían sido esterilizadas por la fuerza.
- Según UNICEF, el 30% de los jóvenes de la calle tienen discapacidad.

Según la OPS son predictores de discapacidad:

- enfermedades emergentes y crónicas
- uso y abuso de alcohol, drogas, violencia social
- envejecimiento poblacional,
- grupos sociales postergados, pobreza extrema, desnutrición, niñez abandonada, desplazamientos de grupos poblacionales, fenómenos naturales
- contaminación ambiental
- accidentes
- situaciones bélicas

Según las estimaciones de **Informe mundial sobre la discapacidad** 2010: Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del **15% de la población mundial.** Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

Según la *Encuesta Mundial de Salud*, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la *Carga Mundial de Morbilidad* estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La *Encuesta Mundial de Salud* señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la *Carga Mundial de Morbilidad* cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una "discapacidad grave" (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen "discapacidad grave". Para ampliar información consultar en

OMS (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad
En: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf

Dada la larga trayectoria de intercambios y colaboración técnica entre España y los países de Latinoamérica en el campo de la Discapacidad es interesante conocer datos sobre Discapacidad en aquel país antes de introducirnos específicamente en la situación latinoamericana.

España

Se han realizado tres macro-encuestas en 1986, 1999 y 2008: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM1986), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS1999) y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008). Estas encuestas cubren buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

Según la encuesta de 2008,

- **3,85 millones de personas** residentes en hogares afirmaban tener discapacidad o limitación. Esto supone una tasa de **85,5 por mil** habitantes. El estudio de las características de la discapacidad se centró en la población de 6 o más años, ya que para los menores el pronóstico de evolución es incierto y solo se analizan las limitaciones adaptadas a su edad. Para las personas de 6 o más años la tasa de discapacidad se sitúa en 89,7 por mil habitantes.

- En un total de 3,3 millones de hogares españoles reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que supone un 20,0% de los hogares españoles.
- En 608.000 de estos hogares la persona con discapacidad vive sola. No obstante, el caso más frecuente es el hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad.

- **La Edad y el Sexo influyen:** el 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres. Las tasas de discapacidad, por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad.

- **La movilidad, la discapacidad más habitual:** el 67,2% de estas personas presentan limitaciones para **moverse o trasladar objetos,** el 55,3% tienen problemas relacionados con las **tareas domésticas** y el 48,4% con las **tareas del cuidado e higiene personal.**

- El 74,0% de las personas con discapacidad afirman tener dificultades para las actividades básicas de la vida diaria.
- Las deficiencias de articulaciones y huesos causan discapacidad a 1,5 millones de personas

Países de Latinoamérica y el Caribe:

Iniciativa para reunir datos relacionados a la discapacidad

Durante el año 2003, el BID organizó una serie de reuniones sub-regionales basadas en la problemática de la recolección de datos sobre discapacidad en América Latina y el Caribe (ALC). El propósito estuvo enfocado en la evolución del estatus de las estadísticas sobre discapacidad en cada país de ALC. Durante los últimos dos años, el BID ha ayudado a los

países analizando los datos existentes en las estadísticas de discapacidad y ha financiado encuestas de discapacidad en Nicaragua y Guatemala.

Fuentes más recientes sobre tasas de prevalencia de ALC**:**

Argentina	7.1%	Encuesta 2001
Bahamas	2.3%	Censo 2000
Barbados	4.6%	Censo 2000
Bolivia	3.8%	Censo 2001
Brasil	14.5%	Censo 2000
Chile	12.9%	Encuesta 2004
Colombia	6.3%	Censo 2005
Costa Rica	5.4%	Censo 2000
Ecuador	12.1%	Encuesta 2004
El Salvador	1.5%	Encuesta 2004
Guyana	3.9%	Encuesta 1981
Guatemala	3.7%	Encuesta 2005
Honduras	2.7%	Encuesta 2002
Jamaica	2.8%	Censo 2000
México	1.8%	Censo 2000
Nicaragua	10.3%	Encuesta 2003
Panamá	11.3%	Encuesta 2005
Paraguay	1%	Censo 2002

Perú	8.7%	Censo 2005
Surinam	2.8%	Censo 1980
Trinidad y Tobago	4.5%	Censo 2001
Uruguay	7.6%	Encuesta 2003
Venezuela	4.1%	Censo 2001

(Fuente BID, Pantano,Liliana)

El análisis comparativo de los datos obtenidos en las diferentes mediciones podría correlacionarse con la multiplicidad de enfoques, definiciones e instrumentos de evaluación y recolección de datos utilizados en cada país, marcando la necesidad de continuar trabajando en la búsqueda de criterios comunes.

Dados los índices de crecimiento poblacional de América latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número de personas con discapacidad, especialmente cuando la atención materno infantil es deficiente y cuando hay un alto nivel de accidentes y lesiones físicas y mentales a causa de la violencia.

Del total de personas con discapacidad, en la región, solo del 2 al 3% tienen acceso a los programas y servicios de rehabilitación. En Chile 1 de cada 15 personas con discapacidad accedió a los servicios de rehabilitación en 2004, siendo esta posibilidad mayor en el área urbana que rural (Vazquez Barrios,A. Caceres,N. 2008)

Datos de nuestro País

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) recorrió un camino similar al de los organismos oficiales de estadística de otros países latinoamericanos que culmina con la ronda de Censos latinoamericanos del 2000, que incorpora la medición de otras temáticas entre las que se encuentran la de las personas con discapacidad además de la población indígena y los migrantes llegando a producir la primera encuesta argentina y latinoamericana con base censal.

Se realizó como una encuesta complementaria al Censo del 2001, desarrollándose en el período 2002/2003, tuvo como objetivo cuantificar

y caracterizar a las personas con discapacidad en lo que concierne al desenvolvimiento dentro del entorno físico y social.

Las unidades de análisis fueron tanto las personas con discapacidad como sus familias, y sólo fue aplicado en hogares particulares (no fue aplicado en hogares, ni instituciones con internación).

La muestra geográfica se circunscribió a las localidades de mas de 5.000 habitantes: alcanzó al 84% de la población total (15 de las provincias más grandes del país) y estuvo conformada por una mayoría de hogares con al menos una persona con discapacidad y una porción menor de hogares sin ninguna persona con discapacidad.

Se llevó a cabo en dos etapas. En la primera, se incluyó una pregunta destinada a detectar hogares con al menos una persona con discapacidad en el Censo 2001.

La segunda etapa se desarrolló entre noviembre de 2002 y el primer semestre del 2003.

Algunos de los resultados de la encuesta:

Existen 2.200.000 de personas con discapacidad en nuestro país.

- 7,1% de la población total de la Argentina padece algún tipo de discapacidad
- 20,6 % de los hogares de localidades de más de 5000 habitantes o más alberga a alguna persona con discapacidad. En uno de cada cinco hogares del país reside por lo menos una persona con discapacidad.
- 60,3% de las personas con discapacidad tienen cobertura de salud por obra social, plan privado o mutual, pero estas obras sociales o planes privados no siempre reconocen los tratamientos de rehabilitación.
- El 7,1 % de la población total presenta alguna discapacidad. Esta prevalencia se incrementa en las personas mayores de 60 años: el 24,8% (1.039.887 personas mayores) tiene alguna discapacidad, siendo mayor en mujeres (25,3%), que en varones (23,9%). A medida que la edad avanza la prevalencia en discapacidad aumenta, mientras en el grupo de los que tienen entre 60 a 64 años es de 15,2%, alcanza al 67 % para los que tienen más de noventa años.

Personas mayores de 60 años

Según tipo de discapacidades:

- 55,8% motora
- 18,4% visual

- 19,2% auditiva
- 1,2% del habla
- 3,5% mental
- 1,9 otras

Según cantidad de discapacidades:

- 73,9% de personas con una sola discapacidad
- 20,1% de personas con dos discapacidades
- 5,9% de personas con tres o más discapacidades

Las causas de discapacidad:

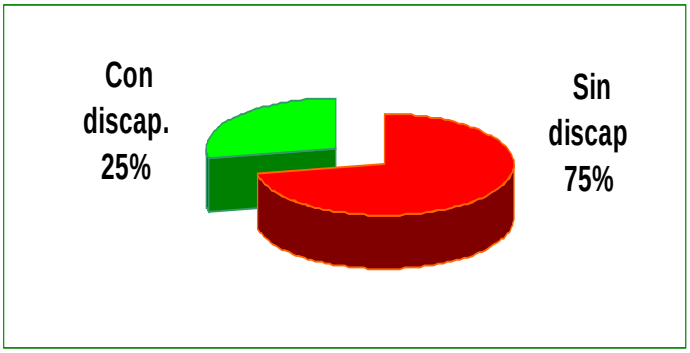
- 57% por enfermedad
- 2,3% de nacimiento
- 2,9% ignora la causa
- 5,0 %por accidente laboral
- 4,0% accidente doméstico
- 2,9% por accidente de tránsito
- Otras causas 16,6%
- Más de una causa 8,5%

Del total de personas mayores que tienen discapacidades el 65,3% tiene una discapacidad, el 26,6% dos discapacidades y el 8,2% tres o más discapacidades. Entre aquellos adultos mayores que tiene una discapacidad (678.775 personas) el 18,4% padece una discapacidad visual, el 19,2% auditiva; el 1,2% sólo del habla; el 55,8% sólo motora, el 3,5% sólo mental y el 1,9% sólo otra discapacidad.

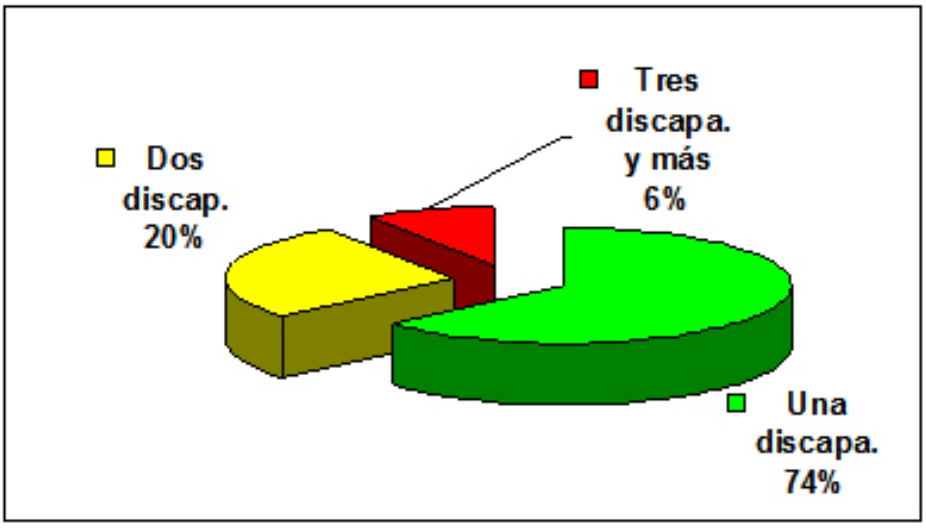
En el contexto de la presente especialización resulta interesante una mayor pormenorización en lo relativo a la información aportada por la ENDI en lo relativo a discapacidad en población de más de 60 años

Población de 60 años y más con discapacidad

Según porcentaje de discapacidad

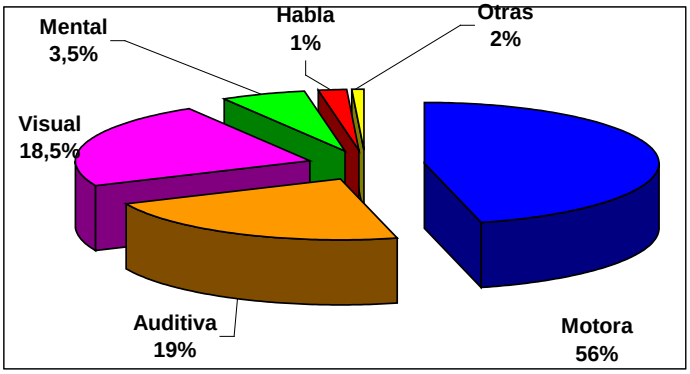


Población de 60 años y más con Discapacidad
según cantidad de discapacidades



Población de 60 años y más con Discapacidad

según tipo de discapacidades



Algunos comentarios sobre la ENDI

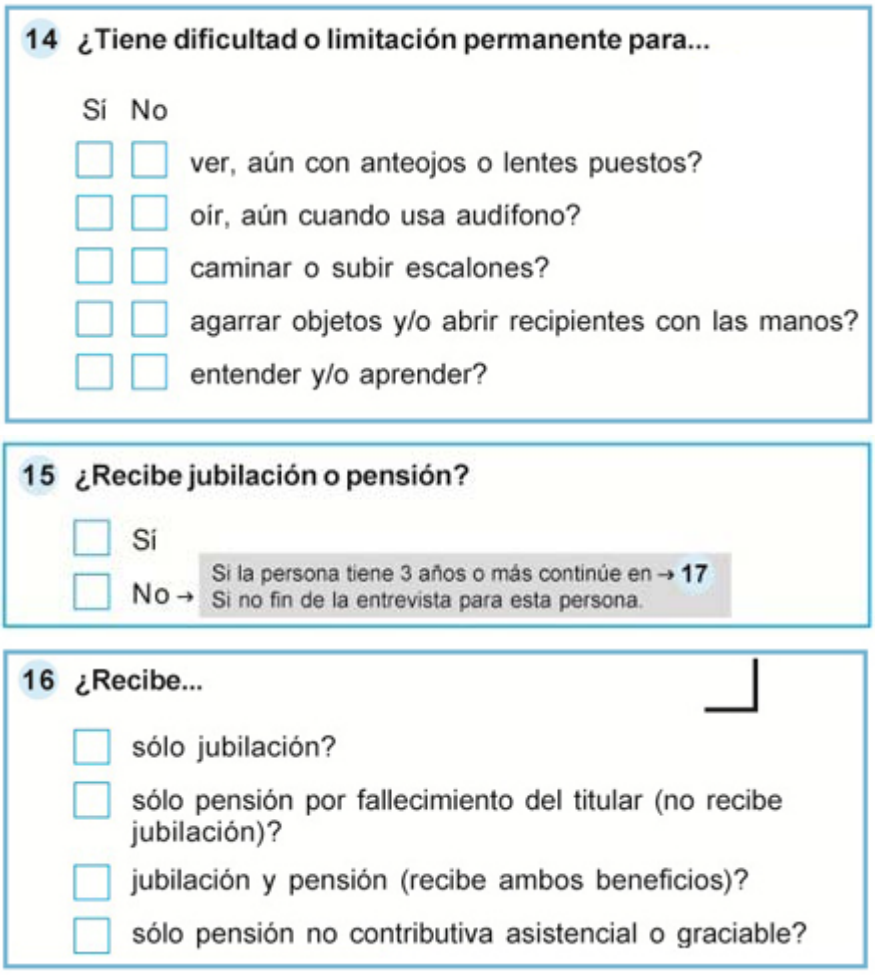
La ENDI constituye un primer instrumento de base estadística para conocer prevalencia de personas con discapacidad, situación educativa, laboral y de inserción social, que seguramente requerirá profundización y adecuaciones para las próximas mediciones, tomando en cuenta propuestas y análisis elaborados desde distintos organismos y organizaciones de la comunidad.

"*Se sabe que no es lo mismo obtener un dato con la inclusión de una pregunta en un censo Nacional que mediante una encuesta especializada dirigida a una muestra seleccionada. No es lo mismo preguntar por las deficiencias o por las discapacidades, que por las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. No es lo mismo contar personas con discapacidad, que discapacidades que afectan a la población, ni tampoco agregar el númerode hogares con al menos una persona con discapacidad. Hay diferencia en si el que indaga es un censista o encuestador general, o si es alguien preparado profesionalmente y capacitado para la temática específica*". (Pantano, L. 2004)

El INDEC sobre el Censo 2010 de población, hogares y viviendas, difunde algunos nuevos datos definitivos:

Dificultades o limitaciones permanentes (físicas y/o mentales): el porcentaje de población que presenta algún tipo de dificultad o limitación permanente (física y/o mental) es de **12,9%** sobre el total de población en viviendas particulares. Las dificultades o limitaciones (de carácter permanente) relevadas son: dificultad visual, dificultad auditiva, dificultad cognitiva, dificultad motora (para agarrar objetos y para movilizarse). Es necesario tener en cuenta que lo que aquí se presenta son las dificultades o limitaciones permanentes (físicas y/o mentales) de acuerdo a la declaración en el cuestionario censal. Con relación a la medición específica de las personas con discapacidad, se llevará a cabo durante el año 2012 la Segunda Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, lo que permitirá contar con información más precisa y detallada. www.censo2010.indec.gov.ar

La pregunta sobre personas con discapacidad fue incluida en el Censo de 2001. En esta oportunidad, la pregunta pasa a la unidad de análisis "población", posibilitando además del conocimiento del tipo de limitación, sus características demográficas básicas, condiciones de migración, educativas, ocupacionales, entre otras.



14 ¿Tiene dificultad o limitación permanente para...

Sí	No	
☐	☐	ver, aún con anteojos o lentes puestos?
☐	☐	oír, aún cuando usa audífono?
☐	☐	caminar o subir escalones?
☐	☐	agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos?
☐	☐	entender y/o aprender?

15 ¿Recibe jubilación o pensión?

☐ Sí

☐ No → Si la persona tiene 3 años o más continúe en → **17**
Si no fin de la entrevista para esta persona.

16 ¿Recibe...

☐ sólo jubilación?

☐ sólo pensión por fallecimiento del titular (no recibe jubilación)?

☐ jubilación y pensión (recibe ambos beneficios)?

☐ sólo pensión no contributiva asistencial o graciable?

La inclusión de esta temática en el censo de población resulta de utilidad para la elaboración de posteriores estudios o encuestas que deseen profundizarla, con vistas a la realización de políticas públicas focalizadas.

Actividad 1:

Analice los datos aportados por la ENDI en lo relativo a discapacidad en la población de más de 60 años y responda por escrito las siguientes preguntas:

1. **¿Qué diferencias de prevalencia de discapacidad encuentra entre la población total y los mayores de 60 años?**
2. **¿Qué tipos de discapacidad tienen mayor prevalencia en los adultos mayores de 60 años?**
3. **¿Qué porcentajes representan los accidentes como causa de discapacidad?**
4. **¿Qué porcentaje de la población de más de 60 años presenta discapacidades?**

Personas con discapacidad que envejecen

Las personas con discapacidad como el resto de la población han aumentado su expectativa de vida, gracias a la prevención, cuidados de la salud y avances de la ciencia y de la tecnología. Algunos problemas que tradicionalmente limitaban la vida para este grupo de personas fueron superadas. Con diagnósticos tempranos prevención secundaria, y rehabilitación, si bien todavía hay que superar desigualdades en la oferta y acceso a los servicios, en nuestro país fue mejorando la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Es sabido por ejemplo que superados los problemas cardiacos y tratadas las patologías asociadas, las personas con síndrome de Down pueden llegar a transitar su vejez.

La vejez de las personas con discapacidad genera nuevos retos y obligan a dar respuestas adecuadas a sus necesidades como:

- desarrollar de estrategias socio-sanitarias que atiendan la dependencia.
- coordinar acciones entre la red de atención gerontológica y de la atención a la discapacidad.
- generar espacios de reflexión e investigación de esta nueva problemática.
- capacitar profesionales del campo gerontológico y de la discapacidad.
- revisar la oferta de recursos y prestaciones que se encuentran limitadas por la edad de los beneficiarios con discapacidad.

Para profundizar este tema, remitirse a Casado Pérez, D. Capítulo II. "*Apuntes sobre discapacidad y envejecimiento"* en *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad.*Coordinadores: Dell Anno, A. et al., 2004)*.*

Marco legal y políticas públicas

Nuestro país, como estado Miembro de la Organización de Naciones Unidas (ONU), de la Organización de Estados Americanos (OEA), y la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), ha ratificado los instrumentos del derecho internacional, que reconocen a todos los seres humanos como nacidos libres e

iguales en dignidad y derechos, que protegen a las personas con discapacidad [3]. (OPS/OMS, 138°. Sesión del comité ejecutivo, 2006).

Nuestra Constitución Nacional, en su artículo 75, Inc. 23, expresa que corresponde al Congreso:

> "*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*".

Incorporando estos lineamientos nacionales e internacionales, es que se sanciona en el año 1981 la Ley nacional 22.431 –texto con contenido global- que acoge la definición legal de persona con discapacidad y las políticas implícitas en Salud, Educación, Trabajo, Seguridad Social y Accesibilidad.

Dentro del sistema federal de gobierno, las provincias argentinas han ido dictando –siguiendo las normativas nacionales- las distintas leyes provinciales en la materia.

Nuestro país, adhirió a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en 2006, lo que renueva el compromiso del desarrollo de políticas públicas en esta temática considerando a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, siendo incorporada a nuestro ordenamiento jurídico el 6 de junio de 2008, a través de la ley **26.378.**

Asimismo, la OEA en su sesión plenaria del 6 de junio de 2006, instituye el decenio de

[3] Estos instrumentos son: la *Declaración Universal de Derechos Humanos,* el *Pacto Internacional de Derechos Humanos y Políticos,* el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,*la *Convención de los Derechos del Niño* (Sistema de la Organización de Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos), así como la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre,* la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* al *Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales* ó *Protocolo de San Salvador*, y a la *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad* (Sistema Interamericano para la protección de los Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos)

las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad 2006-2016, bajo el lema "Igualdad, Dignidad y Participación", que contó con el voto de nuestro país.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

El propósito de la 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 ineherente.

Agustina Palacios en su libro "El modelo social su plasmación en la convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad" describe el largo proceso de 4 años hasta el logro de la aprobación, el 13 de diciembre de 2006.

Señala la importante participación de varios actores, entre los que destaca: Estados miembros de Naciones Unidas, Observadores de Naciones Unidas, Cuerpos y organizaciones importantes de Naciones Unidas, Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humano nacionales, y organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad.

Destaca también 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.

<u>Derechos Humanos en los que se basa la Convención</u>

- Igualdad ante la ley sin discriminación
- Derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona
- Igual reconocimiento ante la ley y capacidad jurídica
- Protección contra la tortura
- Protección contra la explotación, la violencia y el abuso
- Derecho al respeto de la integridad física y mental
- Libertad de desplazamiento y nacionalidad
- Derecho a vivir en la comunidad
- Libertad de expresión y de opinión
- Respeto de la privacidad

• Respeto del hogar y de la familia

• Derecho a la educación

• Derecho a la salud

• Derecho al trabajo

• Derecho a un nivel de vida adecuado

• Derecho a participar en la vida política y pública

• Derecho a participar en la vida cultural

La Convención y cada uno de sus artículos se basan en ocho principios rectores:

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".*

La Convención responde a una tendencia mundial que va poniendo fin a la invisivilización de las personas con discapacidad.

Como expresa Mariano Godadevich[4], "La Convención, es el resultante de un largo proceso de lucha por parte de las personas con discapacidad, que ha implicado una serie de instrumentos y múltiples actividades de carácter internacional en favor de este colectivo."

En el contexto de esta lucha que implica el reclamo por la participación y por la posibilidad de decidir, surgen los aportes de quienes mejor conocen sus necesidades que son las

[4]El Desafío de construir políticas públicas en el marco de nuevos paradigmas de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad.presentación en la 1ºjornada de seguimiento de la convención de los derechos de las personas con discapacidad Buenos Aires, 15 y 16 de octubre de 2009.

propias personas con discapacidad, fundamentales, para la elaboración de este instrumento. Toma un particular sentido, entonces el lema "Nada sobre nosotros sin nosotros", que surgió con el modelo de vida independiente, dando cuenta de esta postura activa de las personas con discapacidad.

Este documento se encuentra disponible en:

http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Legislación en relación a las Personas con Discapacidad en nuestro país.

Ley Nº 22431 Sistema Integral de Protección de los Discapacitados, (16 de marzo de 1981), reglamentada por eldecreto 498/83 define el concepto de Discapacidad, establece la Certificación de Discapacidad y legisla sobre salud, rehabilitación, educación, trabajo, y accesibilidad al medio físico. Veamos los primeros artículos de las normas generales de esta Ley:

TITULO I

Normas generales

CAPITULO I

Objetivo, concepto y calificación de la discapacidad

Artículo 1° - Instituyese por la presente ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

Art. 2° - A los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Art. 3° - El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.

El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley.

Idéntica validez en cuanto a sus efectos tendrán los certificados emitidos por las provincias adheridas a la Ley 24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que se establezcan por reglamentación.

(Artículo sustituido por Art. 1° de la Ley N° 25.504 B.O. 13/12/2001)

Acreditación de la Discapacidad

El Servicio Nacional de Rehabilitación, Organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Saludde la Nación, tiene como objetivo propiciar la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad. El SNR surge en el año 1956 , bajo la denominación Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados, como parte de las respuestas sanitarias del Estado a la epidemia de poliomielitis que asolo a nuestro país.Desde sus instalaciones, ofrece distintos tipos de prestaciones, siendo unade ellas el **Certificado de Discapacidad**. Este documento público certifica la discapacidad, según lo establece a Ley 23431 en su Artículo 3º, que veremos más adelante al referirnos a la legislación vigente.

En el boletín oficial de 19 de mayo de 2009, consta la aprobación del Certificado Único de Discapacidad y el protocolo de evaluación.

El Certificado Único de Discapacidad

El CUD fue aprobado por la XL Asamblea Ordinaria del Consejo Federal de Discapacidad en noviembre de 2008, luego de más de tres años de trabajo, constituye la expresión de una política pública inclusiva mediante la cual se unifican los criterios de certificación en todo el país.

La implementación del nuevo certificado en las provincias, en cumplimiento de la resolución Nº 675/09 del Ministerio de Salud de la Nación, implicó la firma de convenios con las diferentes jurisdicciones y la capacitación de los profesionales locales, a cargo del equipo especializado del SNR y de representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este proceso logró consolidar la federalización y la descentralización en la entrega de un certificado con validez Nacional.

El CUD es un documento público, de demanda espontánea, y constituye la puerta de entrada al Sistema de Salud, pero sobretodo es un derecho de todas las personas con discapacidad.

Este certificado posee un enfoque Bio-psico-social, dado su equipo evaluador interdisciplinario, su respaldo en normativas específicas y sus herramientas de evaluación.

Las Herramientas de Evaluación

El protocolo del CUD está conformado por dos clasificaciones de la Familia de Clasificaciones internacionales de la OMS que se utilizan en forma complementaria para evaluar a las personas:

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10), se define como un “sistema de categorías a las que se le asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos” (CIE-10, Vol. 1, OPS/OMS, 1995). Esta clasificación permite codificar los estados de salud y los diagnósticos para obtener información con fines epidemiológicos y para la evaluación de la atención de la salud, de forma sistemática y comparable.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2001, permite describir la condición de salud y de los estados relacionados con la salud de las personas mediante un lenguaje unificado, estandarizado y neutral.

Esta clasificación posee un marco conceptual biopsicosocial a través del cual es posible elaborar un perfil “sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios” (CIF, OPS-OMS, 2001).

Sus objetivos son proporcionar una base científica y un lenguaje común para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, en diferentes momentos a lo largo del tiempo; y proporcionar un

esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

CERTIFICADO Nº:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO Y NRO DOC.: Nº CUIT/CUIL: FINACIMIENTO:

DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL: FUNCIONES CORPORALES:

ESTRUCTURAS CORPORALES:

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:

FACTORES AMBIENTALES:

ORIENTACION PRESTACIONAL:

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el:

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa

ACOMPAÑANTE:

"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante."

Acompañante:

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Lugar: Fecha emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

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

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO

NOMBRES

TIPO/NRO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO

EMITIDO POR

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPAÑANTE
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL

Medidas de seguridad del CUD

- Número único: que es una clave compuesta alfanumérica, que genera automáticamente el sistema.
- Código de Barra: lo genera automáticamente el sistema al imprimir el Certificado.
- Logo institucional en tinta invisible: Dificulta la realización de tachaduras y borrones en el texto del certificado.
- Realizado en Papel Moneda con impresión en offset, frente a cuatro colores
- Con un talón al pie del formulario con troquelado de desglose.

- Con filigrana de la Casa de la Moneda sin Fluorescencia.

Para poder tramitar el Certificado de discapacidad existen una serie de requisitos que son obligatorios y que dependen del tipo de Discapacidad que se porte:

- visceral,
- motora,
- auditiva,
- visual
- mental.

Estos se refieren especialmente a las cuestiones relacionadas con el daño o la deficiencia y sus evaluaciones.

En distintos ámbitos es motivo de discusión la estructura del certificado y los parámetros de la evaluación utilizados por las juntas médicas.

También se plantea la necesidad de que la conformación de la juntas responda a un modelo integral e interdisciplinario que pueda dar cuenta de una mirada más allá del déficit.

El Servicio Nacional de Rehabilitación está implementando en las distintas regiones del país, reuniones con el fin de capacitar a los Profesionales sobre el uso e implementación de la CIF.

Se pueden consultar los requisitos mencionados en el sitio del Servicio Nacional de Rehabilitación http://www.snr.gov.ar , también se puede contactar en el sitio de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) http://www.cnadis.gov.ar con los representantes del Consejo Federal de cada región del País para ubicar a las Juntas Médicas Descentralizadas a nivel Provincial.

Ejemplo: **Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastornos de las funciones mentales superiores:**

- Planilla pre-impresa correspondiente a discapacidad mental.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante donde consten los antecedentes del paciente y el diagnóstico de la enfermedad actual según CIE 10.
- Exámenes complementarios realizados para arribar al diagnóstico con los informes respectivos: neuroimágenes y evaluación neurocognitiva (3 de los Test de uso más corriente).

- Informar los tratamientos realizados y la evolución de la enfermedad no menor a 1(uno)año de duración.

Ejemplo **de Valoración de CIF para la Certificación del CUD**

• Funciones Corporales

Funciones psicomotoras (b148)

Dolor en las articulaciones (b28016)

Funciones de la articulación de la palabra (b320)

Fatigabilidad (b4552)

Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones (b710)

Estabilidad de una sola articulación (b7150)

Estabilidad de varias articulaciones (b7151)

Funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730)

Funciones relacionadas con el tono muscular (b735)

Funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740)

Funciones relacionada con los reflejos motores (b750)

• Estructuras Corporales

Cerebro (s110)

Bulbo (s11050)

Protuberancia (s11051)

Estructura de cerebro, otra especificada (Mesencefalo) (s1108)

Cerebelo (s1104)

Médula espinal (s1200)

Nervios espinales (s1201)

Estructura del Sistema Nervioso, otras especificada (Placa neuromuscular) (s198)

Estructura de la región del hombro (s720)

Estructura de la Mano (s7302)

Estructura de la extremidad superior otra especificada (s7308)

Articulación de la cadera (s75001)

Articulación de la rodilla (s75011)

Estructura del Tobillo y del Pie (s7502)

Estructura de la Columna vertebral (s7600)

Músculo (s7702)

• Actividad y Participación

Llevar a cabo una única tarea (d210)

Llevar a cabo múltiples tareas (d220)

Llevar a cabo rutinas diarias (d230)

Hablar (d330)

Cambiar las posturas corporales básicas (d410)

Mantener la posición del cuerpo (d415)

Transferir el propio cuerpo (d420)

Uso fino de la mano (d440)

Uso de mano y brazo (d445)

Andar distancias cortas (d4500)

Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (d465)

Conducción de vehículos con motor (d4751)

Lavarse (d510)

Cuidado de las partes del cuerpo (d520)

Regulación de la micción (d5300)

Regulación de la defecación (d5301)

Vestirse (d540)

Comer (d550)

Beber (d560)

Comprar (d6200)

Preparar comidas (d630)

Realizar los quehaceres de la casa (d640)

Cuidados de los objetos del hogar (d650)

Ayudar a los demás en el autocuidado (d6600)

Relaciones sexuales (d7702)

Educación (d820)

Buscar trabajo (d8450)

Mantener un trabajo (d8451)

Tiempo libre y ocio (d920)

• Factores Ambientales

Medicamentos (e1101)

Productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria (e1151)

Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (e1201)

Familiares cercanos (e310)

Amigos (e320)

Personas en cargos de autoridad (e330)

Cuidadores y personal de ayuda (e340)

Profesionales de la salud (e355)

Políticas legales (e5502)

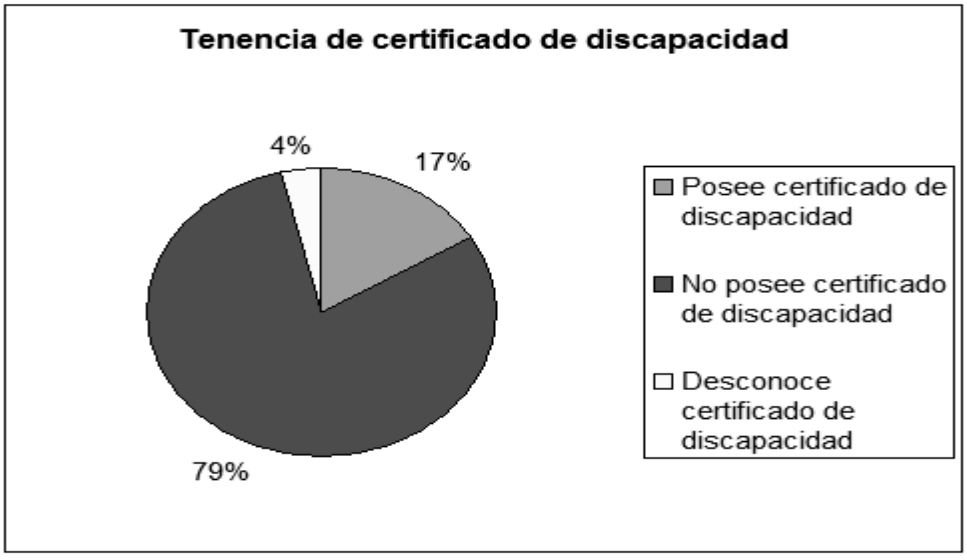
Servicios de seguridad social (e5700)

Servicios sanitarios (e5800)

Sistemas sanitarios (e5801)

Tenencia de certificado de discapacidad en la Argentina

Todas las Personas con discapacidad no acceden por distintos motivos a ser reconocidas como tales para la ley, Según la ENDI (Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad) sólo poseen el Certificado de Discapacidad el 16,9% de las Personas con Discapacidad, el 81,8% no tiene el Certificado y el 3,6% desconoce el Certificado.



Hay que tener en cuenta que la certificación en nuestro país ha sido paulatina y progresiva en los últimos 25 años, implementándose en los años ochenta en relación con la Ley 22431.

Con el avance en materia de legislación y sancionada la Ley de Prestaciones Básicas Nº 24901 el certificado se torna imprescindible para otorgar las prestaciones pautadas en la misma. Desde el año 1998 se comienza a difundir la necesidad y utilidad de la Certificación, y a organizar y sistematizar su tramitación.

En los últimos años se ha incrementado la solicitud del Certificado, siendo uno de los motivos la vigencia de la Ley 25635/02 que otorga la gratuidad del Transporte Público terrestre de Jurisdicción Nacional.

La realización de la Encuesta ENDI antecede a esta última situación, por lo que es de esperar que en realidad actualmente sean más las personas que lo tienen.

Igualmente las cifras son preocupantes teniendo en cuenta que más de 1.700.000 personas con Discapacidad no poseen el certificado. Esta tendencia es más notoria entre los **Adultos Mayores dado que sólo el 5,6% lo posee**. Los varones tienen mayor proporción de certificados de Discapacidad.

En la actualidad desde el área de salud se están desarrollando distintas estrategias que garanticen la obtención del certificado en tiempo y forma.

Estas acciones tienden a la descentralización de las juntas médicas evaluadoras, firmas de convenios con las provincias para validar los certificados de discapacidad que responden a las leyes provinciales y a la capacitación de los equipos de profesionales en todo el país.

Según los datos aportados por el Servicio Nacional de Rehabilitación en el Anuario estadístico Nacional de discapacidad 2011:

En nuestro país, durante el año 2011, se emitieron 98.429 Certificados Únicos de Discapacidad. La provincia de Buenos Aires fue la que concentró la mayor cantidad de emisiones con un 24,7%; la siguieron Santa Fe y Salta con 16,5% y 9,6%, respectivamente. Respecto al año 2010, y con la incorporación de casi la totalidad de las provincias al Registro Nacional de Situación de las Personas con Discapacidad, la certificación se incrementó en un 75,4%.

Con el certificado de discapacidad se garantizan derechos que tienen por objeto la integración social de las personas con discapacidad.

Algunos de estos son:

1. Cobertura integral de las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación: prevención, rehabilitación, educación, asistencia. (Ley Nº 24.901)
2. Traslado gratuito en transporte colectivo de pasajeros. (Decreto Nº 38/04 y N º 118/06, en trenes, subtes, colectivos de la línea 1 a la 199 y micros de larga distancia).
3. Acceso a regímenes diferenciales de seguridad social (por ejemplo, pensiones asistenciales).
4. Asignaciones por escolaridad y asignación por hijo con discapacidad a favor del padre/madre del mismo aún cuando fuera mayor de edad.
5. Las personas con discapacidad motora tienen derecho a libre tránsito y estacionamiento de acuerdo a lo que establezcan las respectivas disposiciones municipales las que no podrán excluir de esas franquicias a los automotores patentados en otras jurisdicciones. Dichas franquicias serán acreditadas por el distintivo de Identificación a que se refiere el artículo 12 de la ley 19.279.
6. Obtención de franquicias para la adquisición de automotores (Ley 19279).
7. Cobertura integral de medicación. (Ley Nº 24.901)
8. Cobertura integral de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, incluso de su grupo familiar. (Ley Nº 24.901)
9. Cobertura integral de alimentación dietoterápica que no se produzca en el país. (Ley Nº 24.901)
10. Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario. (Ley Nº 24.901).
11. Actividad física para personas con discapacidad: gimnasia, actividades acuáticas, deporte y recreación. SNR.
12. Símbolos internacionales de acceso para el vehículo y constancia para tramitar en rentas la exención de la patente. .
13. Exención de impuestos municipales. (Consultar en su Municipio las Disposiciones vigentes)

Legislación vigente

Existe en nuestro país un importante número de normas sectoriales referidas a la temática de la Discapacidad

▪ Accesibilidad ▪ Certificado único ▪ Asignaciones familiares ▪ Código Electoral ▪ Concesiones ▪ Consejo Federal ▪ Constitución Nacional	▪ Pase Libre en Transporte ▪ Pensiones no contributivas ▪ Personas con Baja Visión ▪ Programa Hipoacusia ▪ Recreación ▪ Régimen de Frecuencias transporte público
▪ Cultura ▪ Cupos laborales ▪ Cheques ▪ Discriminación ▪ Educación Superior ▪ Eximisiones ▪ Fenilcetonuria e Hipotiroidismo ▪ Licencia por maternidad	▪ Régimen Especial de Jubilaciones ▪ Salud Mental ▪ Seguro de Salud ▪ Sistema de Prestaciones Básicas ▪ Talleres Protegidos ▪ Telecomunicaciones ▪ Turismo

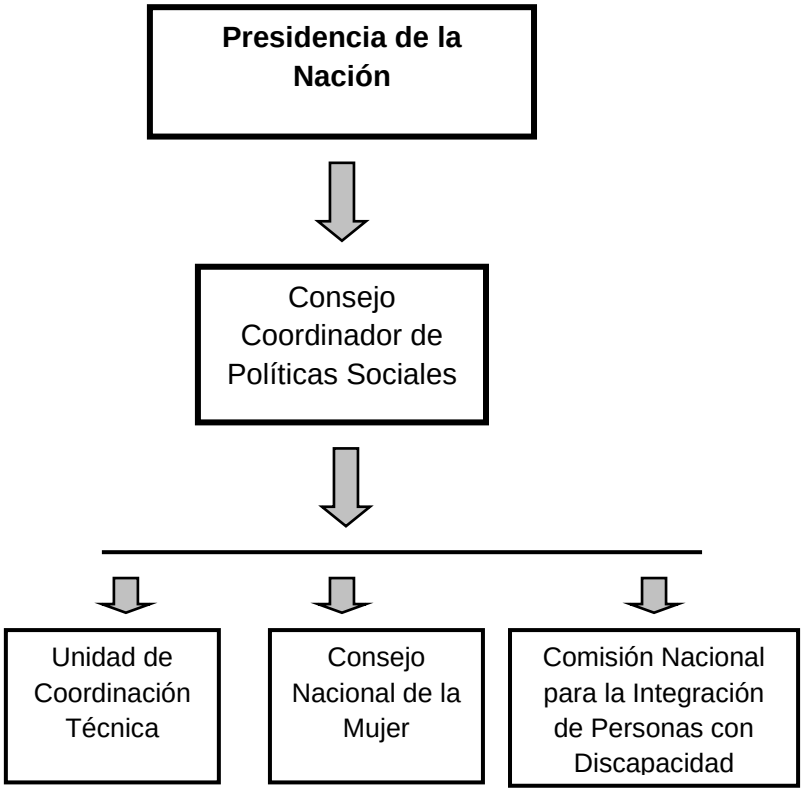
Para consultar sobre la legislación vigente: http://infoleg.mecon.gov.ar y http://www.cndisc.gov.ar

Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas . CONADIS

Creado en 1987 por decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nº 1101, la CONADIS como un órgano de gobierno que coordina y armoniza el accionar de las distintas áreas estatales y privadas involucradas en la temática, asesorando, promoviendo medidas legislativas y de otra índole. Se desempeña como promotora y coordinadora de prácticamente de todas las acciones de gobierno relacionadas con la discapacidad.

Depende en la actualidad del Consejo Nacional de Articulación de Políticas Sociales. Depende en la actualidad del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, siguiendo las propuestas del Programa de Acción Mundial para las Personas Impedidas aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La CONADIS, como órgano de consulta vinculante en su carácter de ente interorgánico de evaluación, coordinación y asesoramiento, permite establecer mecanismos regulares de coordinación interministerial con la finalidad de dar aprovechamiento integral de los programas generales y específicos y facilitar la formulación de Políticas Nacionales de Prevención, Rehabilitación Integral y Equiparación de Oportunidades.



Responsabilidad primaria

Coordinar, normatizar, asesorar, promover y difundir con carácter nacional, todas aquellas acciones que contribuyan directa o indirectamente a la integración de las personas con discapacidad, sin distinción de edad, sexo, raza, religión o nivel socio-económico, asegurando una equitativa distribución y acceso a los beneficios que se instituyan.

Funciones

1. Proponer y elaborar proyectos y programas que permitan la implementación de políticas específicas sobre la integración de personas con discapacidad, con intervención de los organismos nacionales, provinciales y municipales correspondientes y la participación de organizaciones privadas de o para discapacitados, participando en la elaboración de iniciativas destinadas a concretar los objetivos previstos.

2. Efectivizar acciones con el objeto de evaluar el cumplimiento de la Ley Nº 22.431 y medidas complementarias, proponiendo los instrumentos adicionales o correctivos que resulten necesarios para que se cumplan sus finalidades.

3. Coordinar los programas que desarrollen sobre la materia las entidades públicas y privadas, organizando un Centro de Información y Documentación Computarizado sobre el tema de la discapacidad.

4. Gestionar la integración de fondos especiales con el fin de favorecer la integración de personas con discapacidad y estimular programas de investigación vinculadas con el área.

5. Coordinar con las provincias y municipios la implementación de las políticas para las personas con discapacidad, en el ámbito del Consejo Federal de Discapacidad creado por la Ley Nº 24.657.

6. Participar, con carácter vinculante, en el análisis de las decisiones que se propongan en el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad en cumplimiento de las funciones asignadas por el artículo 3º del Decreto Nº 153/96.

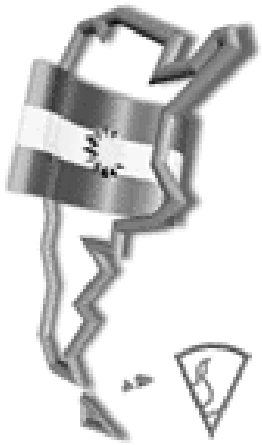
7. Intervenir en todas aquellas acciones tendientes a asegurar la cobertura prestacional en prevención, asistencia y rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

8. Intervenir en la elaboración de planes y programas destinados a la formación y perfeccionamiento de recursos humanos especializados en la asistencia a discapacitados.

9. Programar, organizar y apoyar campañas permanentes de información, concientización y motivación comunitaria relacionadas con el problema de la discapacidad.

La CONADIS se encuentra dirigida por un Presidente, asistido por un Directorio compuesto por 5 Vocales, contando con un Comité Técnico, un Comité Asesor, un Comité de Coordinación de Proyectos y Programas de la **Ley 24.452** (ley de Cheques) y el Directorio del Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad, **Ley 24901.**

Está integrado por Delegados de los Organismos Gubernamentales, vinculados en el comité técnico, y Representantes de Organizaciones no Gubernamentales, reunidos en el comité asesor, que, con su presencia, aseguran la participación de los propios interesados y la exposición y defensa de sus intereses. (Para actualizar su conformación, consultar la página web: http://www.cndisc.gov.ar.),



Por iniciativa de la CONADIS se crea por la **Ley 24.657** el Consejo Federal de Discapacidadcon representación de las distintas regiones del país.

Son objetivos del Consejo Federal de Discapacidad:

a) Preservar el rol preponderante de las provincias y de la municipalidad mencionada en la instrumentación de las políticas nacionales en prevención-rehabilitación integral y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad, y en la planificación, coordinación y ejecución de los aspectos que involucren la acción conjunta de los distintos ámbitos;

b) Propiciar la descentralización y la capacidad resolutiva del sector en el orden local y regional, a los fines de una apropiada utilización del potencial humano y de los recursos fácticos y pecuniarios con que se cuente;

c) Fomentar la interrelación permanente de los entes gubernamentales y no gubernamentales que actúan en el tema;

d) Propender a la constitución de consejos de la especialidad en el marco de los municipios y provincias, tendiendo a que sus integrantes -a su vez- elijan representantes ante los consejos regionales;

e) Generar mecanismos que faciliten el acceso a informaciones y estudios nacionales e internacionales referidos a la discapacidad y analizar dicho material que será incorporado, cuando así correspondiere, al Banco de Datos Nacional sobre Discapacidad;

f) Promover la legislación nacional, provincial y municipal en la materia; mantener constantemente actualizada la normativa vigente, proponiendo las modificaciones pertinentes y procurar su incorporación a la legislación general aplicable a todos los habitantes del país;

g) Gestionar la implementación de programas de rehabilitación basada en la comunidad, con formación y ubicación laboral u otros programas con participación comunitaria en aquellos municipios, provincias y/o regiones que así lo requieran por sus características socio-económicas;

h) Impulsar acciones conducentes a lograr un relevamiento de personas con discapacidad, por parte de los diversos organismos de la esfera municipal, provincial y nacional;

i) Unificar criterios de evaluación de la discapacidad y de la capacidad laborativa procurando la adopción de pautas uniformes para la emisión del certificado único;

j) Proyectar la concreción de un adecuado sistema de formación de recursos humanos, en todos los niveles y modalidades, relativos al quehacer de que se trata.

Observatorio de la Discapacidad

El Observatorio de la Discapacidad fue creado por la presidenta de la Nación Cristina Fernández de Kirchner, a través del Decreto 806/2011.

Funciones

Generar, difundir, actualizar y sistematizar la información que se recopile de las distintas fuentes, tanto públicas como privadas, en la materia y efectuar el seguimiento de la aplicación y cumplimiento en los distintos ámbitos, de las cláusulas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, ratificada por la Ley Nº 26.378.

Integrantes

Representantes designados de jurisdicciones del Gobierno Nacional y de Organizaciones de la Sociedad Civil, de y para personas con discapacidad

Programas

El Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidadrecibe el aporte monetario por infracciones a la Ley 24657 (Ley del Cheque) para financiar el desarrollo de diversos Programas:

- Ayudas Personales
- Transporte Institucional
- Creación o ampliación de Bancos Descentralizados de Ayudas Técnicas
- Fortalecimiento de Redes de Rehabilitación
- Equipamiento para Escuelas
- Banco de Máquinas Braille
- Accesibilidad para Escuelas
- Accesibilidad para Escuelas Especiales
- Accesibilidad Urbana
- Equipamiento para bibliotecas

- Promoción de la Vida Autónoma
- Equipamiento para Centros de Formación Integral
- Fortalecimiento Institucional

.

Más información disponible sobre los programas en

http://www.cndisc.gov.ar.

Pensiones no contributivas

La CIF clasifica sistemáticamente cualquier estado funcional en el nivel corporal, individual y social asociado a los estados de salud. Entre los factores ambientales, contempla al sistema de Seguridad Social como facilitador o como una barrera, ya que puede volverse una influencia positiva o negativa en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

En nuestro país a fin de garantizar prestaciones y cuidados para las personas con discapacidad y adultos mayores desde del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales se planifica, coordinan y desarrollan las políticas Sociosanitarias.

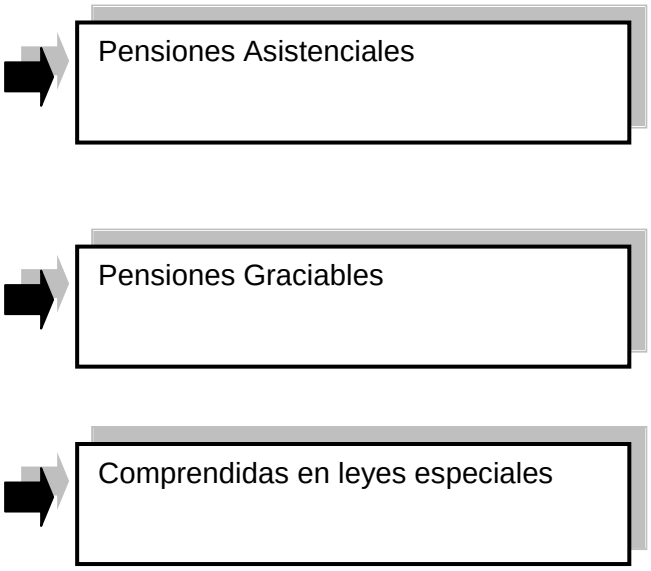
MINISTERIO de DESARROLLO SOCIAL PRESIDENCIA de la NACION

El ministerio de Desarrollo Social preside y forma parte de este Consejo.

En el año 1996 se crea la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales que recibe la transferencia de las funciones de tramitación, otorgamiento y pago de pensiones no contributivas desde el ANseS Administración Nacional de Seguridad Social.

En este marco veamos cuales son las Pensiones No contributivas, es decir, que no requieren de aportes o cotización para su otorgamiento.

Comprenden tres grupos:



Se dirigen a aquellas personas en estado de vulnerabilidad social que se encuentran sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tienen parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que , teniéndolos se encuentren impedidos para poder hacerlo.

Las pensiones asistenciales son vitalicias en tanto se mantengan las condiciones que dieron lugar a su otorgamiento.

¿Quién puede acceder a una pensión?

Las pensiones no contributivas se otorgan a:

- Madres de 7 o más hijos
- Mayores de 70 años- Pensiones a la Vejez-,
- Personas que presenten un 76 % de Invalidez/ Discapacidad.

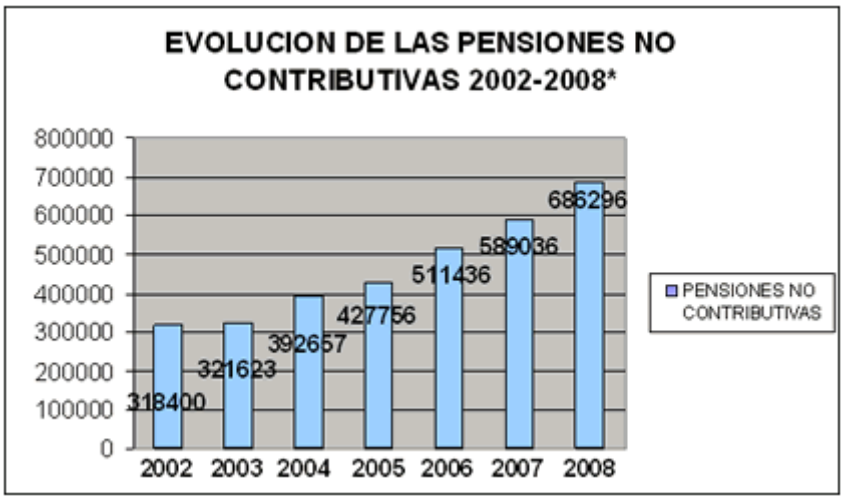
Pensión graciable

Es aquella que se otorga por medio del Congreso de la Nación de acuerdo a lo establecido en Ley 13.337 y por la Ley de Presupuesto General de la Nación que la otorgó.

Las pensiones graciables son otorgadas por 10 años y pueden ser prorrogadas por igual período.

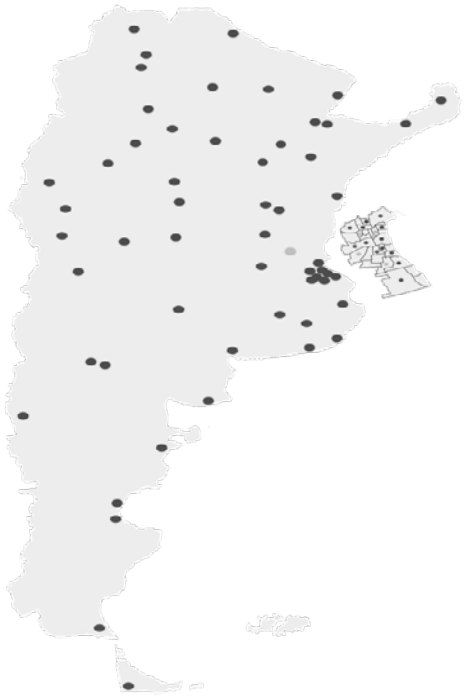
Si bien según la ENDI (2004) en nuestro país el 40% de las personas con Discapacidad carecen de cobertura de la Seguridad Social, en los últimos años como vemos en el gráfico

se están otorgando un importante número de beneficios a este grupo de población vulnerable.



En la actualidad reciben pensiones no contributivas alrededor de 1.300.000 de personas.

En este crecimiento en la evolución del otorgamiento de pensiones asistenciales, es de destacar que el gobierno universalizó las pensiones a la vejez.



Para garantizar la llegada de estas prestaciones es que existen Centros de Atención Local (CAL) en funcionamiento, distribuidos en todo el territorio nacional. Realizan tareas de orientación, asesoramiento e inicio de trámites. A través de operativos en terreno, se logró llegar a los lugares con mayor vulnerabilidad social.

¿Cuáles son los requisitos para obtener una pensión por Invalidez Ley Nº 18.910. Decreto 432/97?

• Encontrarse incapacitado en forma total y permanente. Se presume que la incapacidad es total cuando la invalidez produzca en la capacidad laborativa una disminución del setenta y seis % (76%).

• No estar amparado el peticionante ni su cónyuge por ningún tipo de beneficio previsional o no contributivo alguno. No encontrarse trabajando en relación de dependencia.

• No tener bienes, ingresos ni recursos de cualquier tipo que permitan la subsistencia del solicitante y de su grupo familiar.

• Ser argentino o naturalizado. Los naturalizados deberán contar con una residencia continuada en el país de por lo menos 5 años anteriores al pedido del beneficio

• Los extranjeros deberán acreditar una residencia mínima y continuada en la república de Veinte (20) años inmediatamente anteriores al pedido de la pensión.

• No encontrarse detenido a disposición de la Justicia.

Incluir Salud

Incluir Salud (ex Pro.Fe) es un programa del Ministerio de Salud de la Nación que financia cobertura médico-asistencial a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años en situación de pobreza, entre otros grupos.

Para eso transfiere recursos presupuestarios a todas las provincias, quienes son las responsables de brindar las prestaciones médicas a los titulares de las pensiones asistenciales y no contributivas, con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

El objetivo del programa es asegurar el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los beneficiarios suscriptos a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras leyes nacionales.

Incluir Salud (ex Pro.Fe.) está a cargo de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas del Ministerio de Salud de la Nación y es financiado en un cien por ciento por el Estado Nacional (a través de las partidas estipuladas en el presupuesto nacional para la atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas).
Gracias al fuerte compromiso entre la Nación y las Provincias, el programa beneficia a más de un millón de ciudadanos/as en todo el territorio nacional.

El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Es un organismo descentralizado que fue creado mediante la Ley Nº 24.515 en el año 1995 y comenzó sus tareas en el año 1997. Desde el mes de marzo de 2005, por Decreto Presidencial Nº 184, se ubicó en la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación

En el ámbito de competencia del INADI históricamente las denuncias por motivos de discapacidad han sido las más numerosas. En este sentido, las denuncias más frecuentes están vinculadas a actitudes que vulneran el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad (mayoritariamente de aquellas personas con discapacidad física, intelectual y sensorial -visión y audición) en los diferentes ámbitos de la vida: trabajo, educación, transporte, salud, medios de comunicación, entre otros.

Los ámbitos en donde se registra la mayor cantidad de denuncias de discriminación a personas con discapacidad son: transporte, salud, empleo y educación.

Estas prácticas se fundamentan en la percepción negativa que en numerosas oportunidades se tiene de las PCD como personas trabajadoras, educandos, consumidores o en otros roles del tejido social. Asimismo, evidencian una violación constante de los derechos de este colectivo consagrados en la legislación nacional e internacional.

El Área de Discapacidad del INADI tiene por objetivo contribuir al desarrollo de políticas públicas que promuevan el modelo social de la discapacidad, haciendo especial hincapié en el respeto de los principios de autonomía individual, igualdad de oportunidades, no

discriminación, accesibilidad, participación efectiva y aceptación de la diversidad de las PCD comprometido en formar y empoderar en este sentido a la ciudadanía.

Desde el INADI acompañamos y alentamos el desarrollo de políticas públicas que tengan como objetivo principal el acceso a derechos por parte de grupos tradicionalmente vulnerados, como una forma de reparación histórica con aquellos que, durante muchos años, vieron transgredida su ciudadanía.

El INADI tiene como razón de ser trabajar por la profunda transformación social y cultural que implica reconocer al otro/a como igual, cualquiera sea su condición. Esto implica modificar parámetros sociales muy arraigados y presentes en la vida cotidiana, que signan las relaciones interpersonales en cada ámbito en el cual la ciudadanía desarrolla sus actividades e interactúa.

En esta tarea, todas y todos los que conformamos la sociedad tenemos un rol primordial.

Ampliar información en:http://inadi.gob.ar

ADAJUS

Es el **"Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia"** y fue creado en el año 2011 por la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner, con el fin de cumplir con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, y en particular con la obligación como Estado Parte de la Argentina de garantizar el efectivo acceso a la justicia de las Personas con Discapacidad (PCD).

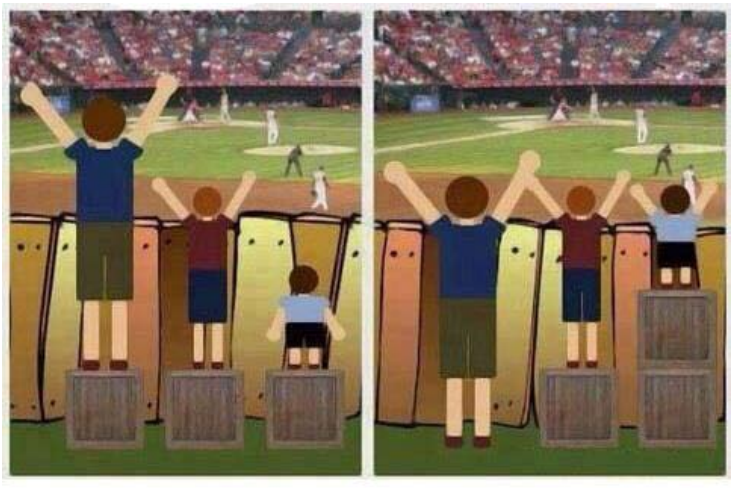
El Programa depende de la Secretaría de Justicia de la Nación y su objetivo se enmarca dentro de las políticas de inclusión social que lleva adelante el Gobierno Nacional, con el objetivo de fortalecer los derechos de los PCD a través de procedimientos adecuados, la comunicación e información.

Las PCD se encuentran con diferentes obstáculos que dificultan el pleno ejercicio de sus derechos cuando participan de los procesos judiciales y/o administrativos, ya sea por dificultades en el acceso a la información sobre sus derechos y la forma de ejercerlos; trato

no adecuado por parte de las fuerzas de seguridad en los diferentes procedimientos, al igual que la modalidad en que los operadores judiciales interactúan con las PCD; abordajes incorrectos en los procedimientos periciales; y el desconocimiento por parte de los actores judiciales de la normativa vigente sobre discapacidad, entre otras situaciones.

ADAJUS está dirigido a las PCD, operadores judiciales, agentes penitenciarios, fuerzas de seguridad, funcionarios de la administración pública, Colegios Profesionales y organizaciones de la sociedad civil, y sus funciones son las siguientes:

- Orientación, asistencia técnica, derivación, y elaboración de guías y protocolos de intervención.
- Capacitación a los actores del Poder Judicial, Colegios Profesionales y funcionarios de la Administración Pública, como así también al sector privado que lo solicite.
- Conocer e intervenir en la situación de las PCD en situación de encierro.
- Adecuar la intervención de los cuerpos periciales en los procesos judiciales o preliminares que involucren a las PCD.
- Asistencia técnica para adecuaciones y reformas legislativas.
- Promover la cooperación interinstitucional.
- Impulsar la cooperación y el intercambio de experiencias con instituciones y organismos internacionales.



No es lo mismo

IGUALDAD que EQUIDAD

Para mayor información puede acceder a:

Decreto N° 1.375/11 del 8 de setiembre de 2011.

http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/acceso-a-la-justicia-para-personas-con-discapacidad/resena-normativa.aspx.

Unidad II : Accesibilidad

Eduardo Schmunis

Accesibilidad

La **Accesibilidad al medio físico** expresa el más alto grado de eliminación de todos aquellos obstáculos e impedimentos que dificultan el estar o circular a todas las personas, independientemente de su edad, género, condición física o mental. La Accesibilidad implica que no deben existir barreras físicas, que son aquellas que existen en el entorno material y que por sus características dimensionales o morfológicas, constituyen un impedimento para la autonomía y la independencia de todas las personas .La eliminación de las barreras físicas comprende la de las barreras arquitectónicas, urbanísticas, las del transporte y las de la comunicación.

Autonomía:es la capacidad de una persona de tomar decisiones por su propia cuenta.

Independencia: es la capacidad de una persona de realizar acciones por su propia cuenta, sin necesidad de ayuda de terceros.

Su eliminación debe ser conjunta para poder alcanzar el más alto grado de Accesibilidad, para que pueda concretarse la cadena de accesibilidad, que es aquella condición física que empieza en la vivienda propia, y que de manera ininterrumpida, a través de los espacios públicos, el transporte y las comunicaciones accesibles, permite llegar en condiciones de seguridad, a cualquier destino deseado por las personas. La accesibilidad al medio físico significa tener un entorno libre de barreras, que sea apto para todos. Esto es muy importante para asegurar la calidad de vida de los Adultos Mayores, ya que la existencia de las barreras físicas (junto a otras barreras sociales) condiciona su bienestar y su seguridad.

La existencia de la Accesibilidad al medio físico constituye un derecho humano y social mas, que afirma la inclusión social de los Adultos Mayores al facilitarles la vida en sus viviendas, transitar y utilizar todos los espacios y los servicios de las ciudades, sin peligros.

No siempre es posible alcanzar la total Accesibilidad, dada la existencia de innumerables edificios construidos hace muchos años atrás y que tienen barreras arquitectónicas de difícil o imposible eliminación ; por ello debemos indicar que existen varios grados de

Accesibilidad, a los cuales debemos intentar alcanzar y que son: la **adaptabilidad,** la **practicabilidad** y la **visitabilidad.**

La **adaptabilidad** es la posibilidad de modificar una estructura o un entorno físico para hacerlo accesible; implica un grado menor de la Accesibilidad.

La **practicabilidad** es la posibilidad de modificar una estructura o un entorno físico para hacerlo parcialmente accesible; ella sólo brinda un grado restringido de la adaptabilidad.

La **visitabilidad** es la posibilidad de que personas con discapacidad puedan franquear la entrada, acceder a algunos locales y usar un servicio sanitario en un edificio. Es un grado restringido de la Accesibilidad.

La eliminación simultánea de las barreras físicas facilita a los Adultos Mayores, el fácil y completo uso de sus viviendas, circular por el espacio público, usar el mobiliario urbano, utilizar los medios de transporte y entender la información y la señalización , en condiciones de seguridad e independencia , lo que aumenta su calidad de vida y garantiza su inclusión social.

Barreras arquitectónicas

Son los obstáculos o dificultades que presenta el entorno construido que pueden afectar a todas las personas (especialmente aquellas con movilidad y/o comunicación reducida), y a su seguridad, en sus desplazamientos en edificios privados o públicos, sean estos de vivienda, para el trabajo, para la educación, para la atención de la salud y para la recreación.

La eliminación de las barreras arquitectónicas reduce la posibilidad de accidentes y caídas (estas últimas son frecuentes en la vida de los Adultos Mayores), al aumentar la seguridad tanto en situaciones pasivas como durante desplazamientos; sin barreras arquitectónicas se mejora la calidad de vida.

Barreras Arquitectónicas son los pisos con desniveles, rotos o resbaladizos; alfombras sueltas; pasillos y escaleras sin pasamanos; escaleras de tramos curvos o rectas sin descansos intermedios; falta de medios alternativos a las escaleras para salvar desniveles, como son las rampas, los ascensores, las sillas montaescaleras, las plataformas elevadoras de sillas de ruedas; anchos de pasos en pasillos y puertas, que impiden circular a una silla de ruedas; la mala iluminación y la escasa o inexistente ventilación; los cables sueltos; las instalaciones eléctricas, sanitarias, de gas y de climatización, defectuosas o mal ubicadas.

¿Como eliminar las barreras arquitectónicas en la vivienda de los Adultos Mayores?

Pisos: estos deben ser lisos, no resbaladizos (tanto secos como mojados) sin roturas ni desniveles.

No debe haber alfombras sueltas. En caso de que se quieran colocar (recordar que pueden alojar ácaros, por lo que no son recomendables para personas con alergia) serán instaladas de pared a pared, pegadas o clavadas; no tendrán pelos superiores a 2 cm de altura ni flecos, que dificulten pasos sin elevación de los pies o el rodar de sillas de ruedas o andadores.

Pasillos: cuando son de circulación común o colectiva no deben tener menos de 1,10 m de ancho y este irá variando según las disposiciones municipales, en función de la cantidad de personas por piso; en el interior de viviendas no serán menores a 0,90 m. Existirán pasamanos en ambos lados, de sección circular (de entre 35 a50 mm) o anatómica, colocados entre 85 y 95 cm del piso, y separados de la pared unos 4 cm. Su forma de

fijación no debe impedir el desplazamiento continuo de la mano a todo el largo de los mismos. Conviene que sean de color contrastante con las paredes. De las paredes no deben sobresalir ningún tipo de elementos (salvo los pasamanos) que obstruyan o dificulten la circulación segura, especialmente para Adultos Mayores con discapacidad visual. Los pasillos, cuando están en Residencias para Adultos Mayores o en viviendas para ellos, deben tener zonas de ensanche para giro de sillas de ruedas, donde se puede inscribir un círculo de 1,50 m de diámetro, cada no más de 20 m. En aquellos casos donde el uso de sillas de ruedas sea permanente, el ancho del pasillo será no menor a 1,80 m. para facilitar los sobrepasos.

Es conveniente que en las circulaciones se coloquen solados de advertencia y solados guías.

Solados de advertencia: son aquellos constituidos con elementos en relieve, detectables por el contacto a través del calzado; son muy útiles para Adultos Mayores con discapacidad visual.

Solados guía: están formados por acanaladuras paralelas donde la colocación de la puntera del bastón blanco de la persona ciega, ayuda a reconocer la dirección segura. Se complementan con los solados de advertencia.

Escaleras: el ancho de las mismas no será inferior a 1,20 m. Serán de tramos rectos y no se admitirán escaleras compensadas o curvas. Las pedadas (partes horizontales) serán de material liso, no resbaladizo (en seco como mojado), sin desniveles y sin caminos de alfombra. Las narices no deben sobresalir más de 3,5 cm de la parte superior de la alzada

(parte vertical del escalón, que siempre debe estar materializada); conviene que sean redondeadas y estén destacadas con color contrastante al de las pedadas. Es favorable colocar sobre la nariz y en todo el ancho del escalón, un material antideslizante, si la pedada no tiene una superficie con esa característica. Las escaleras tendrán como máximo hasta 12 alzadas corridas sin descansos intermedios, que tendrán por lo menos una profundidad igual a dos pedadas. En los mismos puede ser conveniente colocar un asiento rebatible.

Los escalones tendrán alzadas (a) de entre 15 a18 cm de alto y pedadas (p) de entre 26 a30 cm de profundidad. Debe cumplirse la relación 2a + p= 60 a63 cm. Antes del primer escalón y después del último, se colocaran solados de advertencia en los planos horizontales previos a la salida y llegada de la escalera.

Las escaleras tendrán pasamanos de los dos lados y estos deben estar materializados con elementos tales que impidan las caídas a través de ellos. Los pasamanos serán iguales en

sección y colocación como los de los pasillos (la altura será tomada con relación al medio de la pedada); se prolongarán de forma horizontal, antes del comienzo y después del final del recorrido de la escalera, entre 15 a40 cm. Esta prolongación también puede terminar de forma vertical o llegar hasta el piso o doblarse hacia la pared .Deben ser de colores contrastantes.

Colocar puertitas al comienzo y al final de la escalera, aumenta la seguridad.

Tener una buena iluminación aumenta la confianza del Adulto Mayor en el uso de la escalera.

Si el Adulto Mayor estuviera impedido de subir la escalera y no hubiera posibilidad de construir una rampa, colocar un ascensor o una plataforma elevadora para silla de ruedas, se puede instalar una silla monta escalera, que va sobre un riel colocado contra una de las paredes y que acompaña el

recorrido inclinado.

Rampas: se pueden utilizar rampas como complemento o reemplazo de escalones y escaleras, para salvar cualquier tipo de desnivel. Deben tener fáciles accesos. Su superficie de rodamiento debe ser plana, sin resaltos y facilitar y la pendiente deberá ser uniforme a todo su largo. No presentarán en su trayectoria cambio de dirección con pendiente, es decir, ante cada cambio de dirección, sea a 90º o a 180 º grados, debe anteponerse un descanso horizontal del ancho de la rampa, por una profundidad no menor a 1,50 m. Las rampas llevarán un zócalo de altura mínima de 0,10 m a ambos lados, tanto en los planos con pendiente como en los descansos.

Sus pendientes serán de acuerdo a si son rampas interiores o exteriores. En el caso de estas últimas, deberán ser pendientes más suaves, dado que el rodamiento de la silla de ruedas puede ser afectado por factores climáticos, como el viento y la lluvia; asimismo su superficie de rodamiento asegurará la fácil y rápida evacuación del agua. Las pendientes para cada una de estos dos tipos de rampas podrán ser consultadas en el Decr. Regl.914/97 de la Ley Nacional Nº 24.314 y en la ley 962/2003 (GCBA). Las rampas de proyección horizontal superior a los 6,00 m deberán tener un descanso intermedio del ancho de la rampa, por una profundidad mínima de 1,50 m.

El ancho mínimo de la rampa será medido entre zócalos y será de 1,10 m; el máximo será de 1,30m. Cuando existan rampas de mayores anchos, se colocarán pasamanos intermedios, respetando las distancias mínimas y máximas mencionadas.

Los pasamanos estarán en ambos lados, bien fijados y serán dobles y continuos. El pasamano superior estará colocado entre 0,85 y 0,95 m y el inferior, entre 0,70 y 0,80 m de altura; siempre la distancia entre ellos será de 0,15m. Los pasamanos se prolongarán de manera horizontal no menos de 0,30m., al empezar y finalizar la rampa. Al finalizar, se curvarán sobre la pared, se unirán los dos tamos o se prolongarán hasta el piso. Su sección podrá ser circular de entre 0,04 my 0,05 m de diámetro. En caso de conformaciones anatómicas, deberán conservar las medidas indicadas.

Al comienzo y final de una rampa, e incluyendo las prolongaciones horizontales de los pasamanos, habrá una superficie de aproximación que inscriba un círculo de 1,50 m de diámetro como mínimo, que no será invadida por ningún tipo de elemento (incluido el barrido de puertas). También al comienzo y final de la rampa se colocarán solados de advertencia, con relieve y colores contrastantes respecto de los pisos de la rampa y de los locales que esta une, con una profundidad mínima de 0,60 m por el ancho de la rampa.

Aberturas: es necesario que las puertas tengan un ancho útil de paso no menor a los 0,80 m. En algunos casos puede ser conveniente colocar puertas corredizas, utilizando la misma hoja, y dejando el marco en su lugar, si es que se obtiene así el ancho de paso mínimo. En este caso, debe tenerse en cuenta que debe existir la superficie de aproximación necesaria para usuarios de sillas de ruedas.

Los herrajes de puertas y ventanas deben ser de fácil accionamiento, evitando fallebas y balancines de forma cilíndrica o roma, ya que son difíciles de utilizar por muchos Adultos Mayores con problemas de movimientos en dedos y muñecas.

Baños: uno de los lugares de la casa donde acontecen muchas caídas es en el baño. Este local suele tener muy poco espacio para moverse, especialmente para Adultos Mayores con dificultades en los desplazamientos o con trastornos articulares o con sillas de ruedas. Asimismo ese espacio (la mas de las veces, de reducidas medidas e incómodo por la cantidad de artefactos) dificulta la tarea de un cuidador domiciliario, cuando debe ayudar en la higiene o aseo de un Adulto Mayor con dependencia.

Por ello es recomendable, después de una evaluación geriátrica y con el consentimiento del Adulto Mayor, retirar el bidet y la bañera: el bidet puede ser reemplazado por un duchador manual y la bañera por un seguro espacio de ducha. Así se obtendrá más espacio para el giro de una silla de ruedas, facilidad de transferencia desde ésta al inodoro o a un asiento

rebatible en el nuevo espacio para el duchado. Se debe asegurar una buena pendiente hacia el desagüe en la ducha y los pisos deben ser antideslizantes, tanto estando secos como mojados.

La altura del inodoro, a veces requiere ser modificada: pueden colocarse inodoros de mayor altura; colocar el existente sobre un zócalo de entre 8 a10 cm de altura; eventualmente, recurrir a una silla sobre inodoro, cuyas patas son regulables o colocar asientos superpuestos al artefacto.

Las barras de sujeción (fijas y móviles) confieren seguridad en los movimientos y transferencias.

Respecto del lavatorio, es conveniente retirar el pié o pedestal, para facilitar la aproximación de una silla de ruedas. Deben protegerse la cañería de alimentación de agua caliente y el desagüe, para evitar quemaduras en las piernas de los usuarios de sillas de ruedas. Es conveniente reforzar desde abajo el soporte del lavatorio, para evitar su volcamiento. El espejo, colocado desde una altura mínima de 1,00 m estará inclinado 10º respecto de la vertical.

Las griferías serán de cruz o monocomando, ya que así se facilita su uso para dedos y muñecas con dificultades en los movimientos. Eliminar la cortina de baño y su reemplazo por una mampara de material inastillable es conveniente. La buena iluminación es importante; también lo es la buena ventilación: si no hay ventanas, conviene colocar un extractor de aíre en el conducto de ventilación, cuidando que sea colocado a no menos de 1,00m de distancia de la ducha. Su encendido y apagado será combinado con el de la luz.

No debe haber cables sueltos ni artefactos de climatización colocado sobre el piso.

La puerta del baño, así como todas las otras de la vivienda, debe tener una luz libre de paso no menor a 80 cm. Es conveniente que abra hacia afuera o que sea corrediza, pues con una puerta de abrir hacia adentro y habiendo un cuerpo caído, se dificulta el pronto auxilio. Otra

solución, para no cambiar la forma de abrir de la puerta, puede ser hacerle a esta una puertita de 0,50 x 0,50 m a unos 0,30 m del piso y que abra hacia afuera, de tal manera que una persona pueda acceder desde el exterior, al interior del baño y realizar el auxilio.

Facilitar el uso seguro del baño, mejora la salud, la higiene y los aspectos estéticos, aumentando así la autoestima de los Adultos Mayores.

Cocinas y Lavaderos: los pisos serán no resbaladizos, (en seco como mojados), especialmente en estos dos locales, previendo derramamientos de agua, aceite o líquidos jabonosos.

Es importante que bajo la mesada de la cocina o del lavadero se obtenga un espacio para poder acercarse a ella con una silla de ruedas, permitiendo llegar hasta la parte de atrás con la pedalera. Debe garantizarse el giro de una silla de ruedas con la inscripción de un círculo de 1,50 m de diámetro. Asimismo, la alacena debe bajarse a unos 40 a45 cm sobre la mesada. Esto facilita realizar las AIVD. Puede colocarse una barra de sujeción paralela al borde de la mesada y a la misma altura. También un asiento rebatible o isquiático puede favorecer el permanecer en el local durante la ejecución de las tareas.

En estos locales, donde están las cocinas de gas y los hornos, calefones o termo tanques, deben estar colocadas las ventilaciones reglamentarias. Los artefactos de gas deben tener válvula de seguridad y si son modelos que no las tienen, se debe colocarlas. Es conveniente instalar un sensor con alarma de pérdidas de gas. Las griferías, igual que en el baño, deben ser de cruz o monocomando.

Mobiliario: es conveniente retirar los muebles que impidan el paso, especialmente de sillas de ruedas, andadores, muletas, etc. Las sillas y sillones deben tener apoyabrazos, y el plano de apoyo no ser inferior a los 45 cm de altura; y con leve caída hacia atrás; el respaldo tendrá un inclinación de 5º aproximadamente. Los sillones no deben ser muy mullidos, porque ello hace que baje demasiado el nivel de asiento, lo que luego se transforma en una dificultad para incorporarse.

Mesas con bordes y aristas redondeados, con colores contrastantes tanto con el plano de apoyo de la vajilla como con el piso, favorecen a los Adultos Mayores con discapacidad visual o trastornos cognitivos. Las mesas con una sola pata central, sólo son admisibles si esta tiene gran peso, que asegure que no se vuelque ante una presión en sus bordes.

En algunos casos, se recomienda elevar hasta 50 cm del piso, la altura de la cama, así como colocarle una pata central, ante Adultos Mayores obesos.

Los placares para usuarios de sillas de ruedas, es conveniente que tengan sus puertas corredizas, para facilitar la aproximación y movimientos. En todos los casos, los estantes inferiores deberán estar a un mínimo de 25 cm del piso y los cajones estarán colocados entre 40 a80 cm de altura. Los cajones serán de fácil movimiento, para lo que tendrán sistema de correderas. El barral estará colocado a no más de 1,40 m del piso interior del placard. Si existiese un estante superior, este no estará a mas de 1,45 m de altura. Los herrajes de movimiento de las puertas del placard serán de fácil accionamiento.

Iluminación: debe evitarse formar conos de luz y espacios circundantes a los mismos, con oscuridad o sombras. La iluminación difusa es la más conveniente. En dormitorios y antecámaras es favorable colocar luces vigías nocturnas (preferentemente embutidas en la pared, y a unos 25 cm del piso) para aquellos que suelen ir al baño durante la noche.

Colores: colores contrastantes entre llaves de luz, paredes, marcos y puertas, facilitan su utilización y los desplazamientos de las personas con disminución visual o con trastornos cognitivos. En algunas situaciones, es conveniente uniformar los colores, haciendo que no haya diferencias entre paredes, marcos, puertas y ventanas, herrajes de apertura de puertas y ventanas, llaves de luz y tomacorrientes, cuando lo que se busca es impedir egresos de un local o la utilización indebida o peligrosa de elementos eléctricos. Los colores cálidos son los más favorecedores, tanto en paredes como en cielorrasos.

Seguridad: dado que muchos Adultos Mayores viven solos o pasan largas horas del día sin compañía, es favorable para su tranquilidad y la de sus familiares, que cuenten con sistemas de alarma y llamadas de emergencias. Existen sistemas que dan señales de alarma, como por ejemplo, de un cuerpo caído, de una intrusión peligrosa, etc., que pueden ser registrados por sensores que transmiten esa información vía telefónica o por Internet, de manera automática, a destinatarios prefijados: familiares, amigos, servicios de seguridad o de emergencia, etc. Estos mismos sistemas pueden ser activados por los Adultos Mayores, mediante sistema de llamadores inalámbricos que pueden llevar ellos mismos, como pulseras o collares.

Teléfono con números grandes y colores contrastantes.

Barreras urbanísticas

Son los obstáculos o dificultades que existen en el espacio urbano público y privado, que pueden afectar a todas las personas (especialmente aquellas con movilidad y/o comunicación reducida) y a su seguridad, en sus acciones de estar o de transitar por veredas, calles, avenidas, plazas, parques, sitios históricos y turísticos.

Barreras urbanísticas son las veredas y pavimentos rotos, desnivelados, resbaladizos; también lo son las rejas y canaletas que tengan más de 2 cm de separación entre sus componentes, ya que traban a las sillas de ruedas, andadores y otras ayudas técnicas. Los toldos por debajo de los 2,00 m, mostradores, heladeras, cajones, etc., que sobresalen de la línea de edificación, son barreras urbanísticas, especialmente para Adultos Mayores con discapacidad visual.

Dentro de las barreras urbanísticas debe incluirse al mobiliario urbano, que por sus dimensiones y emplazamiento, presente dificultades o impedimentos para sus usos, es decir, que no sea accesible. El mobiliario urbano está constituido por: kioscos de diarios, de flores y de información turística; paradas de transporte público, bebederos y baños públicos, cestos de basura, bancos de plaza, señalización general, semáforos, iluminación pública, etc.

Eliminar las barreras urbanísticas no solo contribuye a reducir la posibilidad de accidentes y caídas, sino que además aumenta la seguridad en los movimientos, posibilita más y mejores usos del espacio urbano, favoreciendo mantener y aumentar la inclusión social de los Adultos Mayores.

¿Cómo identificamos a las barreras urbanísticas?

Estas se encuentran en el espacio público y las identificamos por:

- Veredas en malas condiciones, resbaladizas o con desniveles superiores a los 2 cm tanto en su desarrollo como cuando enfrentan los pasos peatonales de las esquinas.

- Pisos rotos, resbaladizos, disgregados o pulverulentos. Estos dificultan los movimientos de Adultos Mayores con pasos vacilantes, andadores o silla de ruedas.

- Tapas de desagües y rejillas, desniveladas más de 2 cm respecto del nivel del piso donde están colocadas.

- Veredas muy estrechas (especialmente en las zonas antiguas de las ciudades).

- Ocupación indebida de las veredas con mostradores y cajones sobresalientes de la línea de edificación, mesas y sillas, heladeras y freezers, cabinas telefónicas, toldos muy bajos, etc. Esta ocupación es peligrosa para los Adultos Mayores con discapacidad visual.

- Inexistencia de vados (o *"rampas de esquina*") en coincidencia con los cruces peatonales en las esquinas.

- La falta de refugios intermedios en calles o avenidas muy anchas.

- La inexistencia de semáforos, que para esas calles o avenidas muy anchas indiquen el tiempo restante para el cambio de la luz verde.

- La ausencia de semáforos con señales acústicas para Adultos Mayores con discapacidad visual.

- La escasez de espacio de estacionamiento de vehículos de transporte de personas con movilidad reducida, así como su señalización.

- Paradas de transporte sin protección climáticas, carentes de asientos isquiáticos o con respaldo y apoya brazos, sin iluminación adecuada ni información accesible sobre frecuencias y recorridos y con lectura en Braille.

- Falta de rampas y escaleras y de los pasamanos necesarios en ellas.

- La no existencia de solados de advertencia, de guía y de tipo sonoro.

- Arbustos o ramas que sobresalen en recorridos peatonales, sean estos es veredas o en plazas o parques.

- Mobiliario o equipamiento urbano inexistente o en malas condiciones de uso, por mal diseño o por rotura y falta de mantenimiento.

¿Qué medidas deben tomarse para eliminar las barreras urbanísticas?

- **Veredas y senderos** deben estar construidas con materiales que sean firmes, duraderos, que no sean resbaladizos (tanto cuando están secos como cuando están mojados). No tienen que tener desniveles ni huecos superiores a los 2 cm.

- Se debe materializar un área que se denomina “Volumen Libre de Riesgos”, espacio referido a la línea de edificación, que debe tener como mínimo 0,90 m horizontales por 2,00 m de altura y por todo el largo de la vereda, de esquina a esquina. Dentro

del mismo, no sobresaldrán ningún tipo de elementos que dificulten o pongan en riesgo la circulación de Adultos Mayores con discapacidad visual.

- En las veredas se deberá tener en cuenta dejar un espacio libre, desde la línea de edificación, que no tenga un ancho menor a 1,50 m para permitir el paso simultaneo de 2 personas usuarias de sillas de ruedas, andadores, muletas, etc.

- Cuando el ancho de la vereda lo permita, se debe materializar próxima a la calle, una franja de todo el largo de las veredas, donde se ubicará todo el equipamiento o mobiliario urbano (paradas de transporte, semáforos, postes de iluminación, cabinas de telefonía, kioscos, etc.)

- La pendiente transversal de la vereda será de entre un 1 a un 2%. La pendiente longitudinal no superará el 4%; en caso de superarla será considerada como si fuese una rampa exterior.

- Senderos en parques y plazas: deben tener los bordes materializados con elementos verticales de entre 0,15 a0,45 cm de altura, para que sirvan de referencia a las personas con discapacidad visual. Los senderos tendrán las mismas pendientes transversales y longitudinales que las veredas. Se observará lo indicado para Volumen Libre de Riesgos, referente a ramas y arbustos, que no deberán sobresalir sobre los senderos. Colocar pasamanos en los senderos puede ayudar a la circulación de algunos Adultos Mayores. Los bancos no deben estar colocados sobre los senderos y si sobre un espacio contiguo a los mismos, contando con un área lateral de transferencia desde una silla de ruedas. También puede considerarse la colocación de solados de advertencia y de guía.

- Rejas, rejillas y tapas de inspección cloacal o pluvial: estarán enrasadas y bien asentadas sobre el piso. La separación entre sus partes, nunca será superior a los 2 cm para evitar que se traben las sillas de ruedas, los andadores o las punteras de los bastones. Sus terminaciones superficiales serán antideslizantes, tanto en seco como en mojado.

- Los espacios con tierra, donde están plantadas las especies arbóreas, denominados “alcorques”, se protegerán con rejas o elementos perforados colocados al mismo

nivel del piso que los rodea. Estos elementos pueden ser construidos con hierro fundido, aluminio u hormigón premoldeado.

- **Vados o "rampas de esquina**": son los planos inclinados que comunican los diferentes niveles entre veredas y calles (o avenidas) en coincidencia con las sendas peatonales. Existen distintos tipos de vados según sus ubicaciones relativas a lo largo de las veredas y asimismo tienen relación con el sentido de circulación, giros y detenciones de los vehículos; asimismo dependen del ancho de la vereda, del desnivel entre ésta y la calle y del ancho de las avenidas. También influyen en su ubicación y diseño el lugar donde están colocados los semáforos y sus tiempos de corte. Son muy útiles para Adultos Mayores con movilidad reducida o discapacidad visual en el caso de calles o avenidas de dos manos de circulación o de gran ancho, al permitirles acceder a refugios intermedios.

Los vados, según donde deben instalarse y de acuerdo a su forma se denominan:

1º vado modelo
2º vado de tres planos inclinados
3º vado de dos planos inclinados y uno horizontal
4º vado de un plano inclinado o en rampa
5º vado de esquina
6º vado de refugio y
7º vado de resalte.

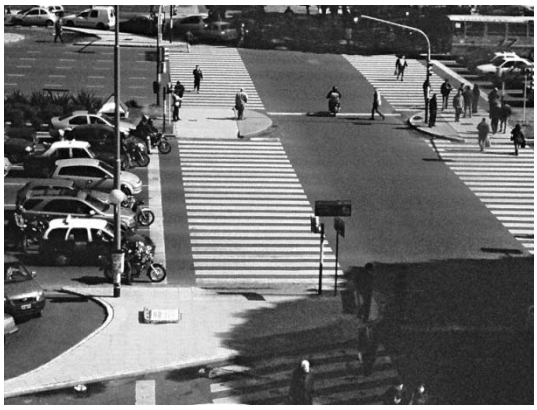
Para quién esté interesado en conocer en profundidad la geometría necesaria para materializar los distintos tipos de vados, podrá consultar la ***norma IRAM 111108:2007*** *que contiene los gráficos correspondientes a los vados mencionados*.

Para la ejecución de los vados se tendrá en cuenta:
1.- Serán de materiales resistentes, con textura y color incorporados, contrastantes al de las veredas, calles y avenidas.

2.- La pendiente de los planos inclinados no será superior al 8%; el borde de encuentro con la calzada será redondeado o achaflanado y no será superior a 2 cm

3.- El ancho total del vado deberá ser no menor al de la senda peatonal y en ningún caso será menor a 1,50 m.

4.- Impedir que exista agua (sea cual fuera su origen) que invada los vados: se cuidará que los sumideros pluviales estén colocados aguas arriba de los vados.
5.- Los vados estarán señalizados en todo su perímetro con solados de advertencia, que se conectarán con la línea de edificación. En el tercio inferior de los vados, próximo a la calzada, existirá una textura en forma de espinapez, como solado de advertencia.
6.- Próximas a los vados, se colocarán señales que indiquen la prohibición de estacionar frente a ellos.



Vados de refugio en calles y avenidas muy anchas

- **Estacionamiento vehicular**: deben ser previstos espacios de estacionamiento para los vehículos que conducen o transportan Adultos Mayores discapacitados, en las áreas correspondientes de edificios públicos o privados y espacios turísticos. Estarán lo más cerca posible a los ingresos accesibles de los espacios o edificios que los utilizan, en un mismo nivel y a no más de 30 m de distancia. Cuando no estén en un mismo nivel, el desnivel será salvado mediante vados, rampas fijas o medios mecánicos alternativos de elevación. El piso del estacionamiento será firme, plano sin desniveles (con pendiente máxima del 2%) y antideslizante.

Dimensiones para los espacios de estacionamiento:

1.- Cuando sean perpendiculares u oblicuos al sentido de circulación tendrán un ancho de 3,50 m por un largo de 5,00 m como mínimo.

2.- Cuando sean paralelos al cordón, el ancho será de 3,50 m y el largo de 6,50 m como mínimo.

3.- En los dos casos, la altura mínima será de 2,10 m.

4.- Cuando los vehículos se estacionen de a pares, el ancho total de ambos módulos de estacionamiento será de 6,00m; en el sector central y con un ancho de 1,00 m se ejecutará en el pavimento una señalización del corredor común de acceso.

Señalización de los estacionamientos:

Los estacionamientos estarán señalizados horizontal y verticalmente, de forma tal que puedan ser fácilmente identificados a distancia.

Demarcación de los estacionamientos:

Los espacios reservados serán indicados pintando su perímetro sobre el pavimento, con una faja de 10 cm de ancho, y en su interior se incorporará el símbolo internacional de accesibilidad. La señalización vertical se ejecutará colocando una placa con el símbolo internacional de accesibilidad, con el siguiente texto: USO EXCLUSIVO.

Cantidad de módulos de estacionamiento:

En todos los estacionamientos, sean en espacios urbanos, plazas, parques y paseos, como en los de los edificios de uso público o privado y en los de carácter comercial, las normas nacionales disponen que haya como mínimo un módulo de estacionamiento con las características indicadas cada 50 unidades de estacionamiento, o fracción del total.

- **Mobiliario urbano accesible**: son los equipamientos que permiten a todas las personas con o sin discapacidad, y especialmente a los Adultos Mayores, estar y circular por el espacio público, facilitando la recepción de informaciones y utilización de elementos y servicios (como paradas de transporte, cabinas telefónicas, centros de información turística, kioscos de diarios y de flores, bebederos, baños públicos,

apoyos isquiáticos, asientos y bancos en plazas y veredas, cestos de basura accesibles, etc.) en un contexto seguro y confortable. ;El diseño del mobiliario urbano accesible debe facilitar su uso y la rápida comprensión del mismo. Su ubicación sobre la vereda, debe estar siempre próxima a la calle o avenida, fuera del volumen libre de riesgo, no produciendo obstrucciones a la circulación peatonal ni barreras visuales respecto del entorno próximo.

Barreras en el transporte

Son los obstáculos o impedimentos que se presentan en los medios de transporte, colectivos o individuales, de corta, media y larga distancia, sean terrestres, subterráneos, aéreos, fluviales o marítimos, que impiden el acceso, egreso y transporte de los Adultos Mayores y personas con discapacidad. Se incluyen como barreras en el transporte, todas aquellas que existen en los centros de transferencia (que incluyen las arquitectónicas, las urbanísticas y las de la comunicación) y la falta de estacionamientos (accesibles y con la correspondiente señalización) para vehículos que conducen o transportan a Adultos Mayores con discapacidad. Estos obstáculos suelen ser la falta de medios de transporte accesible, como ómnibus con pisos bajos y mecanismos de arrodillamiento en el tren delantero para bajar el nivel del piso interior al nivel del cordón de la vereda, pasamanos adecuados a bajas estaturas, rampas y espacios para sillas de ruedas, maquinas expendedoras de boletos a alturas apropiadas, iluminación adecuada en el interior del vehículo y en el cartel frontal exterior, etc. La falta de paradas de transporte accesible (que forman parte del mobiliario urbano) son también barreras en el transporte. En el transporte subterráneo son una barrera la inexistencia de ascensores que permitan trasladarse desde la vereda hasta el nivel del andén. En los centros de transferencia de transporte de superficie y estaciones de subterráneo es importante la existencia de solados de advertencia y solados guía para personas con discapacidad visual, así como la existencia de baños accesibles. La señalización visual, acústica, luminosa y en Braille, salva las barreras que involucran a la comunicación en su relación con los medios de transporte.

Con relación a las paradas de transporte público terrestre (de ómnibus y taxímetros), que son el medio masivo de transporte, estas deben tener protección climática, asientos accesibles e información sobre frecuencias y recorridos, de fácil lectura y también en Braille, colocada con alturas adecuadas.

Las barreras en el transporte configuran “el eslabón perdido” de la cadena de accesibilidad a la que nos refiriéramos al comienzo de este trabajo. Las soluciones o eliminación de las barreras arquitectónicas, urbanísticas y en la comunicación, no alcanzan a tener la efectividad necesaria para garantizar la calidad de vida y la inclusión social que exigen los Adultos Mayores, como plenos sujetos de derecho, si no se resuelven conjuntamente con las del transporte. También debe ser considerada la necesidad de mantener frecuencias horarias adecuadas de transporte accesible (especialmente ante el hecho de que aún son muy pocas las unidades con esta característica) y que el costo de los pasaje para Adultos Mayores con discapacidad sea asequible.

La Ley Nacional Nº 24.314/94 de “Accesibilidad para Personas con Movilidad y Comunicación Reducida” y su Decreto Reglamentario 914/97 fijaban que para fines del año 2001 todas las unidades de transporte terrestre de corta, media y larga distancia debían ser accesibles. Distintas circunstancias han impedido el cumplimento de estas normas, lo que implica que sigan existiendo barreras en este tipo de transporte (no estando excluidas de esta situación varias líneas de transporte ferroviario).

Es por lo arriba mencionado que se debe concluir que las barreras en el transporte son un conjunto de elementos técnicos, espaciales, constructivos y legales que para su eliminación y cumplimiento normativo exigen una respuesta conjunta y simultanea de distintos factores, con la presencia activa del Estado.

Barreras en la comunicación

Son los obstáculos o impedimentos que se presentan en el medio ambiente y en los medios de comunicación, verbales o no verbales, que impiden la comunicación y la comprensión de mensajes o informaciones necesarias para los Adultos Mayores y para las personas con discapacidad acústica o visual. Ellos son los ruidos, la iluminación, la velocidad, la distancia,

las tipografías alfanuméricas inadecuadas y sin contraste entre figura y fondo, la falta de señalizaciones en lenguaje Braille y las fallas o deficiencias de los medios utilizados para la transmisión de los mensajes: teléfonos, micrófonos altoparlantes, televisores, carteles luminosos inadecuados, etc. La Accesibilidad al medio físico para los Adultos Mayores requiere facilitarles la orientación y la comunicación.

Todos los días de la vida de los Adultos Mayores se presentan estas barreras, que muchas veces están asociadas a las anteriormente descriptas. Por ejemplo, tenemos en los cruces peatonales o vehiculares, a los semáforos comunes, que no tienen indicación numérica del tiempo que resta para el cambio de luces, o la falta de semáforos con señales acústicas para Adultos Mayores con discapacidad visual. Los medios de transporte, como los ómnibus de corta distancia no tienen en su inmensa mayoría, tipografías normalizadas de fácil comprensión y que estén contrastadas claramente contra el fondo del letrero indicador. Asimismo, últimamente se pueden observar muchos ómnibus cuyos números indicadores están constituidos por sistemas de iluminación compuesto por “leds”, cuyo destello imposibilita una clara lectura por parte de Adultos Mayores con disminución visual. En las estaciones terminales de transporte de media y larga distancia los altoparlantes deben estar siempre complementados con carteles o letreros luminosos de fácil lectura, con altura y tipografías adecuadas. Los horarios y frecuencias deben estar escritos con tipografías adecuadas a visiones reducidas y siempre acompañadas con lectura Braille. También son elementos de la comunicación, los solados de advertencia y los solados guías con texturas y colores diferenciados y contrastantes, dando seguridad en la locomoción, al avisar de cambios de niveles y de dirección.

Debemos hacer notar que la lectura Braille (y esto también es válido para las botoneras de los ascensores) debe estar acompañadas por sistemas alfanuméricos con relieve, dado que muchos Adultos Mayores sufren la disminución o pérdida de la visión a edades ya muy avanzadas y que debido a ello, no pueden aprender el idioma Braille. Letras y números en relieve y con colores contrastantes, de aproximadamente 1,5 a2 mm, facilitan el accionar

autónomo e independiente de Adultos Mayores con discapacidad visual. Y refiriéndonos a los ascensores, es conveniente que estos tengan también sistemas acústicos de señalización de cierre y apertura de puertas así como el de llegada a los pisos, con indicación de su nivel. En la comunicación acústica se deben evitar los ecos y la reverberación, para impedir interpretaciones incorrectas o no llegar a oír los mensajes emitidos.

En museos, salas de exposiciones, sitios históricos y turísticos, estaciones de transporte y edificio públicos deben instalarse sistemas de lectura Braille y “planos hápticos”. Estos últimos se refieren a planos y maquetas en relieve que brindan información a personas con discapacidad visual.

La señalización, como parte de la comunicación, ayuda a eliminar las barreras urbanísticas, dando información, general o particular, advirtiendo sobre obstáculos o peligro, y al mismo tiempo orientando sobre los sentidos de circulación. La señalización permite circulaciones peatonales y vehiculares sin riesgos, para los Adultos Mayores, posibilitando su presencia permanente y sin exclusión en el espacio público.

El hábitat de las personas con Demencia

Muchas veces nos preguntamos cómo ayudar a los enfermos con Alzheimerpara que tengan la mejor calidad de vida posible, a la vez que sus cuidadores (formales e informales) puedan desarrollar sus tareas con la mayor eficiencia y el menor riesgo viables, disminuyendo las probabilidades de la aparición del *burnout*. Son conocidos los altos costos de todo tipo que implica esta enfermedad, a medida que aumenta su desarrollo. Por ello, todas las acciones que permitan retrasar su progreso y el hacer manejable su desarrollo, producirán importantes ahorros a las familias y a la sociedad. Esta enfermedad compromete al pensamiento y a la conducta de las personas que la padecen, produciéndoles grandes cambios, que se manifiestan con aguda sensibilidad al medio social y con relación al entorno físico donde viven, pudiendo este último colaborar o no con el enlentecimiento o velocidad de la enfermedad y las pérdidas de autonomía e independencia.

Como consecuencia del desarrollo de la enfermedad se deterioran las capacidades viso espaciales y se pierden las aptitudes mecánicas. Los cambios conductuales son frecuentes:

descenso temprano de la conducta social interpersonal, acompañados de deterioro cognitivo y disminución de prácticas de higiene y cuidado personal. Muchas veces van acompañados con problemas en el lenguaje y déficit semántico. También se desarrolla un alto nivel de excitabilidad y una pérdida progresiva para el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

¿Qué ayudas podemos dar?

Debemos considerar dos tipos de medidas: las relacionadas con la vivienda y las concernientes a las instituciones como los Centros de día y las Residencias para Adultos Mayores con trastornos cognitivos.

En la vivienda

Muchos Adultos Mayores con enfermedad de Alzheimer siguen viviendo en sus hogares hasta alcanzar altos grados de la misma. Es preciso producir adecuaciones y tomar medidas de seguridad, para que puedan seguir desarrollando las AVD. Se deben eliminar todas las barreras arquitectónicas e ir aplicando medidas de seguridad, anticipándonos si fuera posible, al desarrollo de la enfermedad.

- Señalizar mediante gráficos orientadores (e iluminados de ser posible) colocados en paredes, puertas y pisos. Colocar una foto o dibujo de un inodoro en la puerta del baño ayuda a asociar las necesidades fisiológicas con el local y el artefacto necesarios para satisfacerlas.

- Luces vigías en dormitorios, escaleras y pasillos, dan ayuda y seguridad a los enfermos que tengan necesidades nocturnas de ir al baño o que se despierten y comiencen a desarrollar el *wandering.* La seguridad puede complementarse colocando rejas en los ingresos inferiores y superiores de las escaleras, así como en ventanas; en este último caso, deben ser removibles exteriormente, ante un caso de incendio.

- Los elementos tóxicos y botiquines que no puedan ser eliminados, deben estar bajo llave. Se colocaran cerraduras especiales en puertas y depósitos que no deban ser utilizados por los enfermos. Esto incluye heladeras, freezer, cocinas, alacenas y bajo mesadas, evitando ingestas no convenientes o accidentes. Se retirarán las llaves de paso de gas y de agua. Se colocarán disyuntores eléctricos y todas las protecciones que indican las normas vigentes sobre protección eléctrica.

-Los elementos térmicos, como cocinas, hornos, calefones, termo tanques, calderas, estufas, planchas, etc. estarán fuera del alcance de los enfermos y con interruptores especiales, cuando ya no puedan esas personas desarrollar con seguridad las AVD sin vigilancia. Radiadores, cañerías y conexiones de agua caliente deberá estar protegidas o

con aislación térmica, dado que muchos enfermos pierden sensibilidad epitelial y conciencia del riesgo de quemaduras.

- Los placards o roperos pueden no tener puertas y tendrán cajones de rejilla o con frente transparente, que permitan visualizar la ropa fácilmente; lo mismo respecto de la ropa que va en perchas, para lo que el barral de colgar se colocará perpendicular al frente del placard o ropero. La ropa (no más de 2 juegos) estará ordenada en la secuencia de colocación.

En Instituciones (Centros de Día y Residencias para Adultos Mayores con trastornos cognitivos)

En ellas se deben eliminar todas las barreras arquitectónicas y se aplicarán todas las medidas mencionadas para la vivienda, pero dadas sus particulares condiciones se tendrán también en cuenta:

- Para las Residencias, la experiencia internacional recomienda hacer unidades modulares de entre 12 a 20 habitaciones, que pueden tener áreas de servicio comunes.

- En las Residencias conviene que existan habitaciones individuales, con baños accesibles, con ducha, inodoro y lavatorio. Es favorable permitir que los residentes lleven algunos muebles propios, que puedan serles significativos, ya que esto ayuda a la reminiscencia. Es muy conveniente que estén decorados con fotos y objetos apreciados por ellos. Es importante que el baño no tenga puerta (pero si una cortina) o una ventana, para que desde cualquier lugar de la habitación se pueda visualizar ese local, posibilitando que el residente asocie necesidades fisiológicas con el artefacto que las satisface. Colocar en la antecámara o pasillo de ingreso a la habitación una vitrina o repisa con fotos o adornos del residente, para facilitarle la identificación del ingreso.

- Los baños, como se señalara anteriormente, tendrán pisos antideslizantes, bancos rebatibles en las duchas y barras de sujeción para el uso seguro de todos los artefactos sanitarios.

-Espacio de cocina: integrado al Estar- Comedor, puede hacer que los residentes participen en tareas culinarias y en la preparación de las mesas. Los olores de la cocción sirven para estimular el apetito.

- Las cerraduras deben estar fuera del alcance de los residentes. Deben preverse sistemas seguros de aberturas, que permitan moverse libremente, pero evitando salidas no programadas y sin compañía. Son convenientes las cerraduras con códigos numéricos para puertas y ventanas que den a espacios exteriores

- Tanto la iluminación natural como la artificial no deben producir brillos ni reflejos, dado que aumentan la desorientación; asimismo deben evitarse las sombras y los fuertes contrastes. Es conveniente aumentar la iluminación artificial en el atardecer y en el amanecer, dado que esto ayuda a reducir la excitación que estos cambios naturales producen en los enfermos de Alzheimer.

- Colores mate en paredes, contrastantes con las llaves de luz y los marcos y hojas de puertas y ventanas. En aquellos casos en que no se quiere que los residentes tengan acceso a estos elementos, estos deben tener igual color que las paredes.

- Es muy favorable que exista áreas de refrigerio y descanso para los cuidadores.

- Espacios exteriores: los recorridos , que deben tener pisos antideslizantes, deben comenzar y terminar en el mismo lugar, para evitar confusiones y excitaciones. Estos espacios exteriores tener límites que impidan salidas no programadas o vigiladas. Es conveniente que haya espacios para trabajos de jardinería, juegos y ejercicios físico, en condiciones libres de riesgo.

La Domótica

La Domótica, según el diccionario Larousse, es “el concepto de vivienda que integra todos los automatismos en materia de seguridad, gestión de energía, comunicaciones, etc.”. El origen de la palabra surge del latín*”Domos”* que significa vivienda , y “*Tica”,* proveniente de” informática” y de “electrónica”. También se usan otros términos que la involucran, como “viviendas inteligentes” o “automatización de viviendas” . En la Domótica se integra el control y supervisión de todos los elementos que puedan existir en un edificio, sea para viviendas o para el trabajo.

Un sistema demótico posee una red de comunicaciones que posibilita interconectar una serie de equipos a través de la cual, se obtiene información sobre los entornos de la vivienda (tanto interiores como exteriores), lo que permite realizar acciones sobre los mismos.

¿Qué podemos hacer a través de la Domótica?

- Programar una serie de acciones mediante temporizadores, relojes y termostatos, etc. Esto permite ahorros de energía.

- Controlar automáticamente la climatización, la temperatura del agua caliente, el encendido y apagado de las luces así como el control de su intensidad según la luz exterior.

- Controlar los accesos con señales y alarmas ante presencias e intrusiones.

- Accionar a distancia o automáticamente puertas, ventanas, persianas, cortinas de todo tipo, portones, rejas, toldos, etc.

- Disponer el riego automático con control previo de humedad y de precipitación pluvial.

- Dar seguridad a los Adultos Mayores: mediante un nodo telefónico es posible acceder a servicios de emergencias médicas, policía, bomberos, familiares o amigos.

- Detectar incendios, inundaciones, pérdidas de gas, etc. y producir llamadas automáticas de emergencia, a quien corresponda.

La Domótica puede constituir una ayuda técnica muy importante para el elevado número de Adultos Mayores que viven solos, que estén enfermos o que tienen discapacidades. Mediante ella es posible facilitar tareas, reducir riesgos y aumentar la seguridad de este grupo etáreo, favoreciendo el envejecer en sus viviendas.

Actividad 2. Preguntas para reflexionar

- ¿Qué barreras arquitectónicas puede detectar en la vivienda de sus padres o abuelos? Descríbalas por orden de importancia. Proponga cómo eliminarlas.

- Si ha visitado Centro de Día o Residencias para Adultos Mayores, qué barreras arquitectónicas detectó en ellas?. ¿Puede enumerarlas según orden de importancia? ¿Cómo las eliminaría?

- ¿Qué barreras urbanísticas Ud. observa en la ciudad donde vive? Describa las que

existen en la vereda de su vivienda, en la de sus padres y abuelos y en la del lugar donde Ud. concurre más asiduamente. Proponga soluciones integrales para las mismas.

- ¿Qué barreras en el transporte considera Ud. más peligrosas? Descríbalas según grado de riesgo.

- ¿Qué barreras en la comunicación detecta Ud. en el espacio público y en el transporte? Enúncielas y proponga soluciones.

- ¿Las caídas de los Adultos Mayores son accidentes o son hechos evitables?

- ¿Qué relación encuentra Ud. entre la Accesibilidad al medio físico y la calidad de vida de los Adultos Mayores?

Bibliografía recomendada Unidad II

- Ley Nacional Nº 24.314/94 de “Accesibilidad de personas con movilidad reducida” y su Decreto Reglamentario 914/97.

- Ley 962/2003 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de “Accesibilidad física para todos”, incorporada al Código de Edificación.

- “ Manual de Accesibilidad”. Instituto Nacional de Servicios Sociales-Ministerio de Asuntos Sociales ,España, 1994.

- “Housing Interiores for the Disabled & Elderly”. BettyannRaschko, Editorial Van Nostrand Reinhold, New York, 1991.

- Normas IRAM sobre “Accesibilidad de las personas al medio físico”.

- “Arquitectura y Envejecimiento- Hacia un Hábitat inclusivo”. Arqtos. Débora DíVéroli y Eduardo Schmunis. Editorial Nobuko, Buenos Aires, 2008.

- “El derecho a la Ciudad para los Adultos Mayores y las Barreras Móviles”. Arq. Eduardo Schmunis, Revista Argentina de Gerontología y Geriatría, Tomo XX-Año 20- Nº1/14.

- “Contemporary Environments for People with Dementia”.Arq. Uriel Cohen, The John Hopkins UniversityPress, Estados Unidos de América,1993.

- Enfermedad de Alzheimer – Guía para el cuidador”. Drs. Norton Sayeg, Pedro Marín y NibaldoInestrosa, Lemos Editorial, San Pablo, Brasil, 1995.

- “Edificios inteligentes y Domótica”. Ing. José Manuel Huidobro Moya, en www.monografías.com/trabajos14/domótica/dpmótica.shtml

Unidad III: Ayudas Técnicas

Las ayudas técnicas mejoran la calidad de vida de todas las personas, en especial de las personas con discapacidad y adultos mayores.

Podemos hablar entonces de un amplio desarrollo de la tecnología en las últimas décadas con el objetivo de:

- Facilitar el proceso rehabilitador
- Mejorar y sostener la autonomía
- Facilitar la asistencia y cuidados de las personas

Las ayudas técnicas permiten también el desarrollo de actividades con menor gasto de energía en condiciones de mayor seguridad.

Se definen tradicionalmente **como todas las ayudas mecánicas que se utiliza para proteger asistir o suplir una función**, cómo por ejemplo:

- Ayudas técnicas para cuidados posturales: camas, colchones, almohadones, etc.
- Ayudas técnicas para la deambulación y/o el desplazamiento: Silla de ruedas, bastones, andadores, muletas, etc.
- Ortesis y férulas: lentes. Audífonos, ortesis y férulas para miembros.
- Prótesis: prótesis oculares, prótesis para miembros, prótesis dentales, prótesis vasculares, etc.

Podemos decir que a esta definición y ejemplos, se le suman gracias al amplio desarrollo de la tecnología de las últimas décadas, la denominada tecnología asistiva. Se habla entonces de la **robótica** y **dómotica**, con nuevos recursos de ayuda a la autonomía, que incluyen por ejemplo el desarrollo de miembros artificiales, mano biónica, ojo electrónico.

También dentro de esta línea se integran al hábitat elementos tecnológicos de la electrónica, computación y mecánica que logran viviendas inteligentes, conformando verdaderos sistemas de control del entorno.

Es destacable el uso de la informática como ayuda en la comunicación.

Vamos a dedicarnos ahora describir algunas de las ayudas técnicas de uso corriente.

Dada la enorme variedad de discapacidades y de ayudas técnicas aparecidas para mitigarlas, la tarea de agrupar los distintos productos resulta complicada. Para resolver este problema, la ISO (International Standard Organitation) propone en su Norma 9999. En este documento se establecen 10 grupos troncales que se van dividiendo en grupos cada vez más pequeños hasta llegar a identificar cada ayuda técnica.

Organización Internacional para la Estandarización. Clasificación

La **Organización Internacional para la Estandarización** o *International OrganizationforStandardization (ISO)*, que nace después de la segunda guerra mundial (fue creada en 1946), es el organismo encargado de promover el desarrollo **de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para todas las ramas industriales a excepción de la eléctrica y la electrónica**. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional. La ISO es una red de los institutos de normas nacionales de 157 países.

Entonces estos grupos principales, definidos por la ISO 9999, son:

Clasificación de clases

04 Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado.

05 Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de habilidades.

06 Órtesis y prótesis.

09 Productos de apoyo para el cuidado y la protección personal.

12 Productos de apoyo para la movilidad personal.

15 Productos de apoyo para actividades domésticas.

18 Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros locales.

22 Productos de apoyo para la comunicación y la información.

24 Productos de apoyo para manipular objetos y dispositivos.

27 Productos de apoyo para la mejora y evaluación del ambiente/entorno.

28 Productos de apoyo para el empleo y la formación laboral.

30 Productos de apoyo para el esparcimiento

Ahora veremos una subclase

09 Producto de apoyo para el cuidado y la protección personales

09 03 **Ropa y calzado**

09 06 Producto de apoyo para proteger el cuerpo (llevados sobre el cuerpo)

09 07 Productos de apoyo para la estabilización del cuerpo (no llevados sobre el cuerpo)

09 09 Productos de apoyo para vestirse y desvestirse.

Son 19 subclases (ver norma ISO). Tomaremos la primera subclase y veremos la división

09 03 Ropa y calzado

09 03 03 Capas

Ropa resistente a la intemperie para protegerse de la lluvia, el frío y el viento. Capas para una persona en una silla de ruedas, en silla de niño o en trineo.

09 03 06 Abrigos

Chaquetas para uso exterior incluidas

Hay 24 divisiones más.

Bastones, muletas y andadores

Las **ayudas para la deambulación** son el tipo de ayuda técnica más importante y frecuente. Pueden ser manejadas por un brazo como los **bastones** y las **muletas** o por los dos brazos como los **andadores**. La prescripción de estos dispositivos debe efectuarse en el momento adecuado y el

paciente ha de reunir unas condiciones mínimas para poder usarlas.

Los bastones, al igual que las muletas, sirven para facilitar la marcha aumentando la estabilidad, al ampliar la base de sustentación y/o reduciendo la carga sobre una o ambas extremidades inferiores. Los bastones están hechos de madera o de aluminio ajustable en altura. Son las ayudas para la deambulación más sencillas.

Están indicados en déficits funcionales de una o ambas extremidades inferiores provocados por patología musculoesquelética o neurológica. Cuando los déficits son muy importantes se preferirán las muletas a los bastones, y si están afectados los miembros superiores será necesario modificarlos. Los bastones simples resultan inestables si se aplican sobre ellos fuerzas superiores al 20-25% del peso corporal. Su principal función es proporcionar equilibrio y aumentar la sensación de estabilidad. Si se precisa mayor soporte y estabilidad se usarán las muletas, en primer lugar las de apoyo en antebrazo.

La altura óptima que debe tener tanto el bastón simple como la empuñadura de los bastones ingleses es la equivalente a la existente desde el trocánter mayor al suelo. Los bastones con varios puntos de apoyo en el suelo proporcionan una mayor base de apoyo, y por tanto, mayor estabilidad que los bastones simples. Representan un paso intermedio, de uso temporal, entre la marcha en paralelas y el empleo de otro tipo de bastón. Se utilizan sobre todo en hemipléjicos.

Las muletas de apoyo simultáneo en antebrazo y codo están indicadas en poliartritis con rigidez del codo en flexión y/o con limitaciones de la movilidad de la muñeca, en parálisis del tríceps braquial o de manos y también muñecas dolorosas o traumatizadas. Las muletas de apoyo axilar están contraindicadas en artropatías de hombro por la importante tensión que causan en su estructura.

Andadores

Representan las ayudas para caminar manipuladas por dos brazos. Existen dos tipos fundamentales. Por un lado, los que tienen incorporados unas ruedecillas para facilitar su desplazamiento y, por otro lado, los que no las llevan. A unos y otros se les pueden adaptar dispositivos especiales para apoyo en antebrazo o varios tipos de empuñaduras

Las indicaciones generales de los andadores son personas con debilidad en uno o ambos miembros inferiores, personas con trastornos de equilibrio o aquellas que

presentan un cuadro de disminución global de la fuerza pero que mantienen la suficiente en los miembros superiores como para manejarlo.
La altura puede ser regulable y se recomienda que la empuñadura de un andador simple se sitúe como en los bastones simples, es decir, deben quedar a la altura de los trocánteres mayores. En los de apoyo antebraquial la altura idónea es la distancia desde el antebrazo al suelo con el codo flexionado 90º. Los componentes accesorios pueden o no estar presentes y suponen un peso añadido. Entre los más utilizados están los frenos, el asiento, la cesta o bolsa y la bandeja.

Silla de ruedas

Dependiendo de las necesidades del usuario las sillas de ruedas tendrán diferentes características.
Se deben prescribir para comodidad individual, seguridad, maniobrabilidad e independencia. Una silla de ruedas mal adaptada puede contribuir a deformidad, desuso muscular, úlceras por decúbito y menor motivación funcional y socialización.
La silla de ruedas debe ser fuerte pero liviana, debe ser lo más angosta posible para facilitar el paso a través de marcos de puertas y su manipulación en el cuarto de baño.

Cuando se prescribe una Silla de Ruedas se debe tener en cuenta;

- Características propias del paciente
- Características de las sillas de ruedas
- Característica del medio ambiente

La silla está compuesta por 2 partes:

El chasis: base con ruedas	Las ruedas acorde a la necesidad del usuario, maciza o neumática y de distintos tamaños, las posteriores grandes y las anteriores pequeñas.
Soporte corporal	Compuesto por el asiento y el respaldo,fijo o reclinable.

Apoya cabeza, apoya brazos y apoya pies. Estos elementos se encuentran fijos, rebatibles y desmontables a fin de facilitar los pasajes desde y a la silla de ruedas.

Medidas necesarias:

- Ancho del asiento.
- Altura del asiento.
- Profundidad del asiento.
- Altura del respaldo.
- Altura de apoyabrazos.
- Otras medidas a considerar: altura del asiento al piso,
- alto total del usuario sentado, ancho total de la silla.

Es aconsejable cambiar de postura o apoyos a lo largo del día para evitar problemas circulatorios, musculares, articulares, etc.

Para favorecer los cambios posturales, si el usuario tiene que permanecer muchas horas sentado, es recomendable que la silla sea basculante.

Este tipo de sillas inclinan conjuntamente el asiento y respaldo manteniendo el ángulo entre ellos. También deben ir acompañadas de apoyapiés elevables y reposacabeza, para evitar el deslizamiento de su cuerpo y el compromiso de su piel.

La silla autopropulsable es la que el usuario maneja de forma autónoma. Es importante que la silla sea liviana con un peso total inferior a 15 Kg. Esta característica también favorece si lo que necesita es la ayuda de otra persona para empujar, plegar o transportar la silla.

Existen otros modelos de silla de ruedas:

- No autopropulsable, controlada por un asistente.
- Para usuarios con amputación de miembros inferiores
- Con propulsión en las ruedas delanteras
- Con propulsión por los pies

- Sillas de ruedas motorizadas
- Sillas de ruedas deportivas

Camas

Si una persona va a permanecer por tiempo prolongado en cama y tiene limitaciones de movilidad, pueden surgir problemas de diferente índole:

- Por la propia patología: debilidad y pérdida de musculatura, retracciones, limitación articular, falta de oxigenación tisular, disfunciones del sistema digestivo, respiratorio, cardíaco,
- A causa de esa inmovilidad: Una consecuencia común es el riesgo de que aparezcan úlceras por presión (llagas, escaras).

Además de realizar periódicamente los cambios posturales y movilizaciones es conveniente elegir una cama articulada.

Con un somier dividido en dos o más módulos accionables individualmente o sincronizados con el resto, la cama articulada posibilita a la persona encamada adoptar gran variedad de posturas para su comodidad o por funcionalidad.

Para accionar las camas existen mecanismos manuales (manivela, cremallera o hidráulico) eléctricos o mixtos.

Los mecanismos eléctricos dan mayor autonomía al usuario.

Es recomendable que el somier tenga varios módulos para una buena posición:

Módulo para cabeza y tronco	- Mejora la respiración. - Mejora la deglución. - Mejora el funcionamiento del sistema cardiovascular. - Favorece actividades. - Facilita la incorporación y las transferencias. - Evita elongaciones musculares.
Módulos para muslo y pierna	- Mejora el funcionamiento del sistema circulatorio. - Favorece el drenaje (disminuyen los edemas).

El juego de todas estas articulaciones hace que la posición de sentado en la cama evite los deslizamientos y comprometan la piel. Existen camas de uso más específico como volteo, que cambian la inclinación lateral, y otras que se ponen verticales.

Como accesorios mencionamos:

- Trapecios y escalas de incorporación (Sistemas de transferencia para incorporarse, cambiar la posición o pasarse a una silla de ruedas).
- Mesas y/o atriles regulables en altura e inclinación para utilizar en la cama.
- Jaulas o soportes para evitar el peso de la ropa de cama sobre los pies.
- Respaldos y almohadillas posturales.
- Ruedas en las patas con frenos individuales.
- Los cabeceros o pieceros fijos al lecho se utilizan como punto de apoyo para favorecer los movimientos en la cama y alrededor de la misma.
- Protectores laterales
- Barandillas plegables (es importante que no interfieran en la entrada y salida de la cama y que ningún miembro quede atrapado entre sus barrotes).
- Sistemas de sujeción que permitan ciertos movimientos.

La altura de la cama debe adecuarse tanto a las necesidades del usuario como del ayudante. Se pueden regular las patas, utilizar alzas o patas telescópicas incluso utilizar un carro elevador o una cama regulable en altura.

Colchones

Debe ser flexible para adaptarse a los movimientos de la cama y permitir la articulación de los distintos módulos.

Existen también cubiertas o colchonetas que se ponen sobre el colchón y ayudan a la prevención de úlceras o escaras.

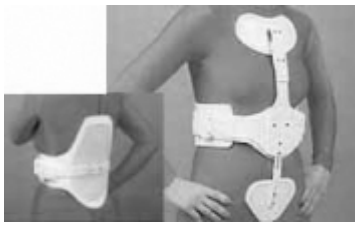
Si utiliza una grúa debería disponer de espacio suficiente alrededor de la cama y bajo la misma (para alojar la base de la grúa).

Una cama articulada no tiene porqué presentar un aspecto hospitalario u ortopédico, la funcionalidad no está reñida con la estética, incluso puede conservar sus propios cabeceros o pieceros.

Órtesis

Las órtesis o se definen como elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Estas ayudas técnicas se indican cuando el paciente presente las siguientes condiciones: Dolor, claudicación, alteración de la funcionalidad de la marcha, inestabilidad articular, riesgo de caídas, inmovilidad.

Órtesis Vertebrales



Las órtesis se usan para inmovilizar y dar soporte a la columna. En ocasiones también se les usa para corregir las deformidades de la columna.

Collares y corsé pueden ser rígidos o blandos acorde con los objetivos de la prescripción.

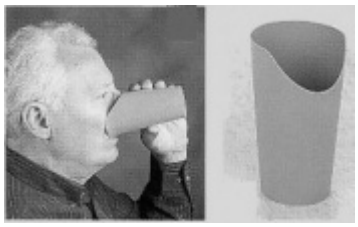
Ortesis para miembros superiores e inferiores

Estos elementos mantienen alineados y en posturas adecuadas los distintos segmentos corporales.

Pueden ser activas, pasivas, o de reposo, confeccionadas en distintos tipos de materiales (metal, plástico o cuero).

Requieren elementos de sujeción y debe controlarse su uso, en particular en las zonas en contacto con la piel.

Ayudas para la alimentación



Existen diferencias entre las personas que han perdido la funcionalidad en una mano respecto a los que han perdido las dos. En el primer caso, las principales dificultades radican en mantener una base estable, cortar y sacar la comida del plato. Se pueden utilizar platos con dispositivo de succión en su base, dispositivos para sujetar los alimentos, cuchillos con forma curva. También existen engrosadores del mango de los

cubiertos utilizados, sobre todo, en pacientes artríticos, o los cubiertos con una angulación especial. Otros utensilios son platos con uno de sus rebordes empinados, etc. En caso de afectación de ambos miembros superiores se pueden utilizar cubiertos de bajo peso, tazas con doble asa, vasos que en su base tienen un espacio para introducir la mano.

Ayudas para el vestido

El criterio clave para la adaptación de ayudas para el vestido es que sean fáciles de usar, ligeras y resistentes. En casos de afectación de miembros inferiores, como en casos de personas intervenidas para implantar una prótesis de cadera, las más habituales son los alcanzadores con un encaje para ponerse los calcetines o el calzado. Otros utilizados son los cierres de Velcro. Si están afectados los miembros superiores se recomiendan prendas con cinturilla elástica sin cremalleras ni botones pequeños y los ganchos para alcanzar determinadas prendas.

Sistemas de comunicación aumentativa

Son muchas las personas que pueden sufrir alteraciones severas en la comunicación debido a un trastorno neuromotor, neurolingüístico o cognitivo. En aquellas personas con severas discapacidades para la comunicación pueden ser necesarias otras técnicas de comunicación distintas a las del lenguaje hablado natural. El grupo de estas otras técnicas se agrupa bajo el nombre de comunicación aumentativa o alternativa. Este grupo comprende ayudas clásicas como los pictogramas o las tarjetas con símbolos. Pero, el campo de la informática ha supuesto un importante avance con constantes novedades tecnológicas.

Constantemente aparecen modificaciones tanto en el Hardware con sistemas de acceso al ordenador mediante teclado de conceptos, como en el Software con programas que convierten la señal en sonido.

Ayudas para la lectura

Dispositivos diseñados para facilitar la lectura a personas con problemas de visión o que han de permanecer acostados.

Encontramos productos como lupas, con o sin iluminación incorporada y anteojos prismáticos para personas en cama.

La lupa televisión consiste en una cámara que proyecta la imagen ampliada a un monitor, a la televisión o a una Computadora . Es útil para personas con problemas

de agudeza visual.

Ayudas en las tecnologías de información y la comunicación

Las TIC se conciben como el universo de dos conjuntos, representados por las tradicionales Tecnologías de la Comunicación (TC) - constituidas principalmente por la radio, la televisión y la telefonía convencional - y por las Tecnologías de la información (TI) caracterizadas por la digitalización de las tecnologías de registros de contenidos (informática, de las comunicaciones, telemática y de las interfaces).

Son aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización.

Se extiende también a: "elementos, piezas de equipo o productos en hardware o software, ya sean comunes del mercado, adaptados o especiales que son usados para incrementar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad.

Barreras de acceso

Para superar las barreras de acceso a las TIC, las personas con discapacidad pueden valerse de diferentes ayudas técnicas que le facilitan el uso de los equipos informáticos,

Internet y el teléfono móvil, por considerarse estos los elementos más representativos de la Sociedad para la Información.

El conjunto de ayudas técnicas para el acceso a las TIC se denomina***tecnologíaadaptativa***

Y está conformada por los dispositivos físicos (hardware) y los programas informáticos (software) que posibilitan la interacción amigable del usuario con la misma.

Criterios de adaptabilidad

Es necesario considerar un conjunto de criterios generales que puedan facilitar las acciones de adaptabilidad. Entre ellos es importante que:

- Se adapte el equipo a la persona y en forma inversa

- Se opte por la solución más sencilla.
- Se consulte a un equipo profesional para su elección, en especial de aquellas ayudas técnicas dirigidas a personas con discapacidad motriz, para prevenir que su uso induzca a adoptar posturas inconvenientes o perjudiciales.
- Se respeten las preferencias del futuro usuario.
- Se elijan considerando las capacidades cognitivas, sensoriales y motrices de los destinatarios.

Se vuelva a evaluar periódicamente para establecer si la adaptación utilizada sigue siendo la más provechosa o es necesario reemplazarla.

Soluciones a problemas comunes

Uso del mouse

Si el usuario lo maneja con la mano izquierda, puede modificarse la tecla del mouse que responde al clic para que resulte mas sencillo su uso. También se puede variar la velocidad necesaria para realizar el doble clic o la velocidad de desplazamiento del puntero del mouse.

También se puede activar el bloqueo del click que permitirá arrastrar sin tener que mantener apretado el botón.

Se puede suplantar el uso del mouse y utilizar el teclado numérico del teclado convencional. Para esto se debe hacer la modificación desde **Panel de Control** en **Opciones de Accesibilidad.** En la solapa Mouse esta la opción**Mousekeys**. Tildando en la casilla de verificación se habilitara la función y también podrá ajustarse la velocidad de desplazamiento del cursor y su aceleración.

Si con esto no resulta se puede hacer uso de los **mouses adaptados,** existen diferentes modelos y básicamente se busca que el usuario no deba arrastrarlo al usarlo.

También se puede utilizar un software que le permita efectuar las funciones del mouse mediante movimientos de la cabeza. Para tal fin se deberá contar con una cámara web.

Para descargar el programa gratuito y ver su funcionamiento.

Headmouse

www.tecnologiasaccesibles.com/en/**headmouse**.htm

Otra opción es el uso de los ratones virtuales, es un software que se usa presionando la barra espaciadora y el teclado va seleccionando los diferentes movimientos y acciones que realiza el mouse. Este programa también se baja en forma gratuita de Internet..

Ayudas para problemas visuales

Desde **Panel de control** se tiene la posibilidad de variar el tamaño y distribución de iconos, el tamaño de la letra de las barras de herramientas de los diferentes programas y la combinación de los colores.

Tambien se puede modificar el tamaño del puntero del mouse y utilizar otros

.

Si vamos a **Pantalla,** tenemos laposibilidad de variar el grado de contraste y lacombinación de colores

En Accesoris _ Accesibilidad se cuenta con un lupa ampliadora de imágenes.

Dentro de los hadware, existen distintos tipos de magnificadores de textos e imágenes en el mercado

Si una persona es ciega, existen los programas con síntesis de voz que convierten la información visual en información audible. Entre ellos están el Jaws, es un software comercial que se puede bajar la versión demo de 40 minutos para probarlo desde la pagina web del fabricante. El otro más conocido es el NVDA , es un software libre y de código abierto , por lo tanto es gratuito y se baja directamente desde la red. Posee una versión para instalar en PC y otra portable.

A modo de síntesis:

En la medida que el concepto de discapacidad ha ido evolucionando hacia lo social, las Ayudas técnicas o productos de apoyo han dejado de ser sólo objetos especializados usados en el ámbito sanitario de la discapacidad. Por ejemplo, las prótesis o las sillas de ruedas ya no sólo permiten la movilización, si no que sean vistas como implementos que apoyan el desarrollo de la persona en la vida diaria, (trabajo, educación, cuidado personal, etc.), ocio y esparcimiento, como dispositivos de apoyo a la autonomía, accesibilidad e inclusión.

Tal como el concepto de discapacidad ha migrado hacia un enfoque de derecho y centrado en lo social, el de las ayudas técnicas ha evolucionado en el mismo sentido. Lo central de esta evolución puede resumirse en lo siguiente:

- De aparatos relacionados con la salud, pasaron a ser herramientas para la vida. En un principio eran elementos indicados por el equipo de salud, que sólo se centraban en recuperar el daño o afección que la persona presentaba, independiente de sus contextos y las actividades que, por su cultura, intereses, género o edad le resultaban más atractivas o interesantes.

- De productos médicos a bienes de consumo general. Inicialmente las AT sólo estaban disponibles en tiendas relacionadas con la salud, y su diseño y aplicabilidad era restringido y limitado. Actualmente, los avances en el diseño y comercialización de los productos en general, han puesto a disposición de las personas con discapacidad, una infinidad de elementos para apoyar su autonomía y desempeño independiente.

- De elecciones por el profesional a elecciones por el usuario. Tradicionalmente, era el equipo de salud, el que en base a una valoración de la condición de salud, decidía sobre las mejores AT para la persona. Hoy, el contexto y los requerimientos globales de la persona son elementos claves a la hora de prescribir una AT

.

- Del estatus de pacientes al estatus de consumidores. La persona con discapacidad hoy dispone de múltiples alternativas para acceder a aquellos bienes y servicios que requiere. La mayor y creciente inclusión social le ha permitido convertirse en un sujeto cada vez más activo, que reconoce sus necesidades y la forma de satisfacerlas.

- De prescripciones a recomendaciones. Si antes el equipo de salud decidía respecto a las AT, hoy corresponde más bien a su indicación, en base a la situación de vida de la persona y sus contextos, en acuerdo con ella, y a sus requerimientos, necesidades y oportunidades de inclusión"

Se debe tener también en cuenta el concepto creciente de "Diseño para todos". Concepto que cambia el paradigma del diseño que permite que productos de uso general puedan ser utilizados por cualquier adulto mayor, con o sin discapacidad.

El Diseño Universal y los productos de apoyo son sistemas que se complementan para asegurar entornos, productos y servicios que faciliten la autonomía personal y la participación de los adultos mayores y las personas con pérdida o falta de autonomía.

Actividad 3

Teniendo en cuenta, la descripción de las ayudas técnicas dada, describa por escrito qué tipo de ayudas técnicas utiliza a diario en su hogar o lugar de trabajo.

Uso de ayudas técnicas externas. Datos de la ENDI

De los resultados obtenidos de la ENDI analizaremos lo concerniente al uso de ayudas técnicas.

En la publicación del INDEC *La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)* la denominación de Ayudas Técnicas engloba un heterogéneo conjunto de productos, instrumentos, equipamientos o sistemas técnicos para personas con discapacidad cuyo objetivo es tratar de evitar, compensar, mitigar o neutralizar las limitaciones para realizar las diferentes actividades de la vida diaria y mejorar la autonomía personal y mejorar la calidad de vida.

Del total de las personas con discapacidad 2176.123, acorde a lo declarado en la encuesta, una cuarta parte del total usa estas ayudas es decir el 25,5 %. El resto no las utiliza.

Mientras que el 61.6 % no usa ayudas técnicas porque no las necesitan, un 12,9 % si las requieren pero no las usan.

El uso de ayudas técnicas externas se encuentra en estrecha relación con la edad.

Uno de cada dos adultos mayores de 75 años y más usa alguna ayuda técnica. Sin embargo, entre las personas que no las usan pero las necesitan no se observan diferencias respecto a la edad.

Los hombres y las mujeres no presentan diferencias.

28,5 % de las Personas con discapacidad de 65 a 74 años de edad usan ayudas técnicas y el 49,1 de las personas con discapacidad de 75 años y más también las usan.

Formas de pago

Con presupuesto del hogar el 51,6 %

Por medio de la Obra Social el 23,2 %

Otras formas de pago 24,5%

No usan ayudas técnicas el 12,9 %

Requieren el uso de ayudas técnicas y por falta de recursos no las utilizan el 56,4 %

El 61.6 % no usa ayudas técnicas porque no las necesitan.

La ENDI hace referencia al uso de ayudas técnicas externas de toda índole:

Sillas de ruedas, aparatos, bastones, audífonos, computadoras adaptadas, oxigeno, sondas, que utilizan personas con discapacidad, cualquiera sea la misma, y/o necesitan diálisis o implante coclear, etc.

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

Los ministerios de salud y las áreas sociales provinciales financian este tipo de ayuda para las personas sin recursos. El 40% de las personas mayores de 65 años usan ayudas técnicas, audífonos, bastones, sillas de rueda, oxigeno, etc., de las cuales el 50% debe pagarlas con el presupuesto del hogar, y solo el 22% son cubiertas por las obras sociales o prepagas14. Existe un 44% de las personas mayores de 65 años que no usan ayudas técnicas por que no las necesitan. Pero podemos observar también que hay un 16% de personas que no usan ayudas técnicas y los motivos que refiere la ENDI son los siguientes: el 50% por que no tiene ingresos económicos suficientes, y el 50% restante por otros motivos o por que desconoce la ayuda técnica15. (IMSERSO-OISS, 2006)

Programas y proyectos de investigación, diseño y apoyo para la fabricación de las ayudas técnicas en nuestro país.

En nuestro país el Instituto Nacional de Tecnología Industrial se encuentra desarrollando distintos proyectos de diseño y fabricación de ayudas técnicas con la participación de Escuelas técnicas de distintos puntos del país, con el objetivo de simplificar los procesos, disminuir los costos y ampliar el acceso a los productos.

El Instituto Nacional de Tecnología Industrial es un servicio público de generación y transferencia de tecnología industrial.

Tecnologías para la Salud y Discapacidad

El INTI ha dado paso a una nueva generación de Centros de Investigación. INTI – Tecnologías para la Salud y Discapacidad se basa en la interacción de los grupos de trabajo propios del Instituto con los grupos de la comunidad y los industriales; en su seno, éstos últimos se transforman en agentes de la solución de problemas, más que en destinatarios de la asistencia del Instituto.

El Comité Ejecutivo del Centro cuenta con representantes de cámaras empresarias, industriales, entidades públicas, organizaciones no gubernamentales, hogares de ancianos y de discapacitados, entidades educativas y de capacitación, asociaciones profesionales, empresas, profesionales, facultades e institutos de investigación y centros de rehabilitación.

La misión del Centro es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, contribuyendo a mantener su capacidad funcional, autosuficiencia y convivencia; facilitar su acceso a un mercado nacional que ofrezca más y mejores ayudas técnicas a precios accesibles para contrarrestar sus limitaciones.

El Centro estimula y apoya la investigación, la innovación y el desarrollo, la construcción de prototipos, la certificación de calidad y promueve el fortalecimiento de las Pymes productoras.

Temas en estudio Algunas de las investigaciones que está desarrollando el INTI en relación a las Tecnologías para la Salud y Discapacidad son

Funciones sensoriales de la visión	● Set de detección primaria de necesidades de atención oftalmológica. ● Equipos de diagnóstico y prescripción oftalmológica de tipo móvil de bajo costo para atención preventiva y masiva de la población. ● Dispositivos para visión subnormal: magnificador de imágenes, anteojos especiales y lupas. ● Máquinas de escribir e impresoras Braille.

Funciones sensoriales de la audición	● Set de detección primaria de necesidades de atención médica. ● Equipos de diagnóstico y prescripción de bajo costo para atención preventiva y masiva de la población. ● Familia y/o sistema de productos para amplificar o adecuar señales sonoras como: timbres, teléfonos, despertadores, televisores y radios. ● Dispositivo sensitivo por tacto para sordos profundos. Audífonos.
Funciones sensoriales gustativas, táctiles y dolor	● Laboratorio de toma de medidas biomecánicas. ● Equipamiento y sistema de dispositivos posturales de bipedestación y sedestación. ● Equipamiento terapéutico y de rehabilitación vinculado al campo de plasticidad neuronal. ● Muletas articuladas y andadores. ● Asiento giratorio para bañera. ● Sillas de ruedas. ● Levantador de personas. ● Prótesis y órtesis.
Funciones genitourinarias	● Sistema de biofeedback.
Funciones digestivas y metabólicas	● Sistema de implantes de titanio y prótesis dentales.
Funciones cardiovasculares, respiratorias e inmunológicas	● Sistema integrado para la detección precoz de arteropatías.
Funciones de la piel y estructuras relacionadas	● Cama anti escaras para tratamientos prolongados.

Proyectos ya finalizados o en ejecución en los distintos Centros de Investigación y Desarrollo del INTI.

- Asiento Giratorio
- Audiómetro para Control Preventivo

- Dispositivo por vibración para la recepción de sonidos en personas sordas severas y sordo ciegas
- Equipamientos y Dispositivos para el control de postura
- Equipos de acción dinámica para la estimulación de la plasticidad neuronal
- Implantes Dentales
- Laboratorio de Diagnostico Postural y Biomecánico
- Lámpara de hendidura portátil
- Muleta Articulada

En cada provincia del país existe una Secretaria Regional del INTI dónde se pueden realizar consultas y obtener información, en el sito WEB se encuentran disponibles las direcciones, teléfonos y correo electrónico de cada una de ellas. (Disponible en: www.inti.gov.ar)

Otros programas vigentes:

CONADIS:

Programa de creación o ampliación del banco descentralizado de ayudas técnicas

Como lo demuestra la ENDI, el acceso al equipamiento es altamente dificultoso, sobre todo para la población sin cobertura social por el costo elevado de los mismos.

Asimismo, la concentración de los mismos en los niveles centrales de los gobiernos burocratiza el trámite de adquisición.

Para dar respuesta a esta problemática se propone la creación de un Banco Descentralizado de Ayudas Técnicas Provincial que permita facilitar el acceso a dichos elementos , determinando diferentes bocas de expendio en Hospitales, Municipios u Organizaciones de la Sociedad Civil que en coordinación con el nivel central garanticen el préstamo en tiempo, adhiriendo a la normativa provincial en la materia.

Programa productivo tecnológicoysocial de fabricación de ayudas técnicas

Fundamentación

Las tecnologías adecuadas y accesibles permiten tener una mejor calidad de vida para las Personas con Discapacidad y sus familias, posibilitando mejorar su independencia, comunicación, convivencia e integración social.

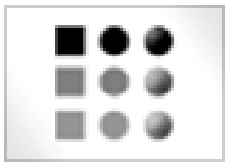
La CONADIS, el INTI y el INET (Instituto Nacional de Escuelas Técnicas) generaron el Programa Productivo Tecnológico y Social de construcción de dispositivos de ayuda para las personas con discapacidad que se producirán en los establecimientos de educación técnica de todo el país.El objetivo general de programa Productivo es Instalar y desarrollar la temática de la Discapacidad en el tejido social del sistema educativo de enseñanza técnica y similares sensibilizando, capacitando y transfiriendo tecnologías para reparar, adaptar, desarrollar y fabricar elementos asistivos para las personas con discapacidad.

La finalidad es facilitar la disponibilidad de ayudas técnicas para Personas con Discapacidad.

En España

El Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) es un centro tecnológico dependiente del IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, creado mediante Orden Ministerial de 7 de abril de 1989

La misión del Ceapat es contribuir a mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos, con especial apoyo a personas con discapacidad y personas mayores, a través de la accesibilidad integral, el diseño para todos y la tecnología de apoyo.



El CEAPAT recopila información sobre productos de la tecnología de apoyo que se fabrican y/ o distribuyen en España, y los datos de contacto de las entidades que los comercializan

Es una base de datos con información sobre adaptaciones y ayudas técnicas elaboradas o ideadas por usuarios. Ofrece una herramienta de búsqueda y un formulario para que el propio usuario pueda introducir sus propuestas.

Para mayor información sobre el tema se sugiere consultar en: www.ceapat.org .

Ayudas técnicas en Argentina

Cobertura en la seguridad social:

Recordemos que a República Argentina adhiere a la convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad en el año 2006 mediante la Ley Nº 26378 siendo un marco trascendente de referencia para el efectivo goce de los derechos para este colectivo social.

En cuanto a la cuestión fundamental de la accesibilidad (Artículo 9), la convención requiere que los países identifiquen y eliminen los obstáculos y las barreras y aseguren que las personas con discapacidad puedan tener acceso a su entorno, al transporte, las instalaciones y los servicios públicos, y tecnologías de la información y las comunicaciones.

Debe promoverse la movilidad personal y la independencia, facilitando la movilidad personal asequible, la capacitación al respecto y el acceso a ayudas para la movilidad, aparatos, tecnologías de asistencia y asistencia personal (Artículo 20).

Los países deben promover el acceso a la información, proporcionando la información prevista para el público en general en formatos y tecnologías accesibles, facilitando el uso del Braille, el lenguaje por señas y otras formas de comunicación y alentando a los medios de comunicación y a los proveedores de Internet a ofrecer información en línea en formatos accesibles (Artículo 21).

Contamos con el antecedente de la instauración en el año 1981 del “Sistema Integral de Protección de los Discapacitados”, con la sanción de la Ley Nacional 22431 reglamentada en el año 1983.

Esta ley considera en su Artículo 15 una serie de prestaciones básicas destinadas a la rehabilitación, incluyendo a las ayudas técnicas dentro del mismo.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es el primer organismo a nivel Nacional que desarrolla un programa específico para personas con discapacidad (Programa de atención integral para la atención de las personas con discapacidad –PROIDIS), dónde se detallaban una serie de prestaciones medico asistenciales destinadas a esta población.

El mencionado programa ha sido la base de todo el marco legal vigente incluido también en la Ley 24901 Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

La instauración de este sistema viene a producir un importante cambio dentro del sistema prestacional, al asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos afectados a la temática.

Tanto el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el sistema de la ley 24901 se garantizan el marco legal para el acceso a las ayudas técnicas para las personas beneficiarias de las obras sociales, de la medicina prepaga y del sistema público.

En tanto que el estado en sus políticas de inclusión garantiza el acceso a las ayudas técnicas por medio del programa incluir de salud, a través del se incluye la salud por intermedio de las pensiones no contributivas y por el desarrollo de programas específicos para la provisión de recursos.

Los organismos a nivel nacional responsables se encuentran representados en primera instancia por el Ministerio de Salud quien es responsable de certificar la discapacidad otorgando el CUD Certificado Único de Discapacidad con vigencia en todo el país, con juntas evaluadoras formadas y respetando en el transcurso de los últimos años los parámetros nacionales e internacionales vigentes. La Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas (CONADIS) quien normatiza, coordina, asesora y supervisa la implementación y preside el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

También cabe destacar el rol de la Superintendencia de seguro de salud que en los últimos años ha generado equipos interdisciplinarios para sostener, organizar y dar resolución con celeridad a las demandas de prestaciones a las personas con discapacidad que son beneficiarios de las obras sociales, las cuales requieren de ayudas técnicas entre otras prestaciones. En el año 2011 queda bajo su orbita la regulación de las empresas de medicina prepaga.

Si bien es importante el marco legal y los organismos nacionales responsables para otorgar la cobertura de las ayudas técnica, no existe una definición de cuales de ellas están cubiertas ni un catálogo o nomenclador que les de una delimitación.

Ante esta falencia, es importante destacar el aporte para la región y en especial para nuestro país de la instalación de un centro especializado en la temática como es el CIAPAT que aporta un marco institucional y técnico a través del cual es posible facilitar el conocimiento y la utilización provechosa de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo, como así también Fortalecer el mercado de Ayudas Técnicas, Servir de apoyo y referencia en Accesibilidad y Tecnologías de Apoyo , favoreciendo la participación activa de todos los usuarios.

Centro Iberoamericano para la autonomía personal y ayudas técnicas (CIAPAT)

El Centro, ubicado en Buenos Aires[5], es gestionado por el Centro de Acción Regional de la OISS (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social) para el Cono Sur, con la colaboración de las Instituciones Argentinas integradas en el proyecto.

La misión que se ha determinado para el CIAPAT es:

"Contribuir a mejorar la calidad de vida de todas las personas con especial apoyo a personas con discapacidad, personas mayores y personas en situación de dependencia, a través de la Accesibilidad Integral, las Tecnologías de Apoyo y el Diseño para Todos".

Para su implementación y funcionamiento el Centro de la OISS cuenta con la colaboración técnica del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, a través del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT).

Además de la colaboración del CEAPAT, de España, existen instituciones argentinas adheridas a este Proyecto: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Salud, ANSES, Ministerio de Desarrollo Social, Superintendencia de Servicios de Salud, CONADIS, el INSSJyP. Se han firmado convenios de cooperación con distintas Universidades Nacionales y Universidades Públicas y con organizaciones de Personas con Discapacidad.

El Centro Iberoamericano para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT) se encuentra proyectando una serie de servicios y actividades presenciales, tales como una importante exposición de Ayudas Técnicas y una biblioteca especializada. Con independencia de lo anterior es necesario destacar la importancia que tendrá su acción virtual. Si bien el Centro tiene su sede en Buenos Aires, en su diseño contempla el acceso virtual (y en determinados casos presencial) a la información del resto del territorio argentino y todos los países latinoamericanos.

[5]Centro de Acción Regional Cono Sur. Sede Buenos Aires: OISS-CIAPAT. Sarmiento 1136. CABA, Argentina. E-mail: info@ciapat.org.ar

La estructura del Centro incluye las siguientes Áreas funcionales:

- Área de Información y Asesoramiento en Ayudas Técnicas
- Área de Arquitectura
- Área de Desarrollo Tecnológico y Programas de I+D+I
- Área de Documentación y Biblioteca especializada virtual

El Centro está dirigido no sólo a los adultos mayores y a las personas con discapacidad sino también, y muy especialmente, a profesionales, investigadores, empresarios, diseñadores y a todas aquellas entidades y personas relacionadas con los campos de la Arquitectura, el Diseño, las Ayudas Técnicas y el mercado de las Tecnologías de la Rehabilitación.

A través del portal web del CIAPAT, se tiene acceso a un importante catálogo muy detallado de Ayudas Técnicas y a importante documentación en relación con su temática. (Para ampliar información: http:// www.ciapat.org)

Además, en las instalaciones del Centro se promoverán encuentros sobre: sensibilización, capacitación, formación, debate, etc.

Con independencia de lo anterior se establecerán mecanismos para asesoramiento y consultas en las diferentes áreas de acción: accesibilidad arquitectónica, urbanística, del transporte, de las comunicaciones y telecomunicaciones y sobre las ayudas técnicas.

Actividad 4

Investigue en su localidad mediante qué sistema se produce la provisión de ayudas técnicas para las personas sin cobertura social (Por ejemplo, sillas de ruedas, ortesis, prótesis, etc.).

Elabore un documento breve en el que sistematice la información relevada, para luego socializarla en los intercambios grupales. El documento deberá tener una extensión máxima de dos carilla, en hoja tamaño A4, fuente Arial, Times New Roman o similar, interlineado simple.

Unidad IV. Discapacidad, Dependencia y Fragilidad.

Dependencia

El número y calidad de años que una persona mayor puede vivir sin discapacidades ha llevado al desarrollo de la noción **de "expectativa de vida autónoma",** considerado por la OMS como un índice fundamental de la salud y, por extensión, de la calidad de vida de una población (OMS1984).

El concepto de salud, tal y como ha sido definido por la Organización Mundial dela Salud (OMS, 1946), incluye no sólo la ausencia de enfermedad, sino también lapresencia de un bienestar físico, mental y social. Por ello, la evaluación integral del estado de salud de un individuo debe contemplar su funcionamiento físico, psicológicoy social y, en caso de existir un proceso patológico, las alteraciones o trastornos niveles funcionales provocados por la presencia de la enfermedad.

Definición

Según el Consejo de Europa de 1998, se define a la Dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Quedan planteados tres factores para poder hablar de una situación de dependencia:

- existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades de la persona.
- incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.
- necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero

Esta perspectiva es coherente con la nueva clasificación de la OMS que ya hemos analizado en el capítulo dedicado a las personas con discapacidad, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF del año 2001.

La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un *déficit* en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una *limitación en la actividad*. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca *una restricción en laparticipación* que se concreta en la *dependencia* de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

Es bueno recordar las definiciones y clasificación de las AVD que fueron explicitadas en el Modulo 4 al referirse a la valoración funcional geriátrica y las diferentes escalas para su evaluación, para reconocer el alcance de la definición de dependencia.

Las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. La atención a la dependencia se enmarca, por lo tanto, en el ámbito de los servicios sociales.

Sin embargo existe una estrecha vinculación con el ámbito sanitario porque:

- Un problema de salud que necesite atención sanitaria puede ser el factor desencadenante o acelerador de los procesos de dependencia de las personas de edad avanzada.
- De forma ocasional una persona con dependencia puede sufrir un proceso agudo en su estado de salud que requiera atención sanitaria.
- La existencia de una red adecuada para dar cobertura a los casos de dependencia en el ámbito social, descargaría al sistema sanitario de gastos desproporcionados para la atención que realmente requieren de estas personas.

Existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia que ha dado lugar al concepto de espacio sociosanitario. Existe una gran asimetría entre ambos sistemas que genera una dificultad importante al momento de cuidar la dependencia ya que no actúan en forma coordinada y organizada.

El modelo español

En el año 2006 se pone en vigencia la Ley de Dependencia en España, que nos sirve como marco de referencia para pensar esta conceptualización desde la óptica jurídica.

Amparo Valcarce, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad de España, en una entrevista de la Revista Enlace Nº 9 (Julio de 2007), expresa:

"La puesta en marcha de la ley de dependencia supone una verdadera revolución social. Este hecho marca un antes y un después en la vida de los ciudadanos, en el día a día de la gente que necesita a los demás para desenvolverse porque sus facultades estén mermadas por edad, por enfermedad o por algún tipo de discapacidad.

La ley ha reconocido un nuevo derecho de ciudadanía en España: el derecho de las personas mayores y de las personas con discapacidad que no pueden valerse por si mismas a ser atendidas por los poderes políticos.

Ahora, y gracias a esta ley, las personas dependientes y sus familias, cuentan con algo importantísimo que antes no tenían, la seguridad de que van a ser atendidas. Esto supone un gran paso y sitúa a nuestro país en la vanguardia Europea en cuanto a protección social".

La ley define:

- las fuentes de financiación del sistema,
- el reconocimiento de los derechos,
- el alcance de las prestaciones
- y los sistemas de provisión de servicios.

Las prestaciones de dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en ese país, tienen como finalidad promover la autonomía personal y mejorar la calidad de vida de las personas, en atención a sus dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades y de acuerdo con los siguientes objetivos:

- Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Grados de dependencia y su valoración

Según el Libro Blanco de la Dependencia (2004) la dependencia se evalúa en los siguientes tres niveles:

A) Grado I Dependencia Moderada

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

B) Grado II Dependencia Severa

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

C) Grado III Gran Dependencia

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día ypor su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Los **servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia**, es fijado por la ley del siguiente modo:

***Prestaciones de Servicios*:**

Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.

- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda en domicilio:

-atención de las necesidades del hogar

-cuidados personales

- Servicio de Centro de Día y de Noche:

-Centro de Día para mayores

-Centro de Día paramenores de 65 años

-Centro de Día de atención especializada

-Centro de Noche

- Servicio de Atención Residencial:

-Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

-Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintostipos de discapacidad.

Prestaciones económicas:

- Prestación económica vinculada: destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el programa individual de atención.
- Prestación económica para cuidados familiares, apoyo directo a las familias quedeseen atender a sus mayores en el medio familiar.
- Prestación económica de asistencia personal para personas con gran dependencia menores de 65 años a fin decubrir una asistencia personalizada que ayude a una vida más autónoma.
- Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal, ayudas técnicas, eliminación de barreras arquitectónicas y adaptaciones para el hogar.

Los programas **de promoción, protección de la salud y prevención de la dependencia para afrontar situaciones de riesgo de dependencia durante todo el ciclo vital**, contemplan en:

La población general:

- Promoción de hábitos saludables: ejercicio físico, alimentación, descanso, utilización de medicamentos, etc.
- Medidas preventivas para evitar el consumo del tabaco, alcoholismo y otras dependencias.
- Detección precoz, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes.

- Prevención de enfermedades infectocontagiosas, vacunaciones.
- Detección precoz de procesos neoplásicos.
- Prevención de accidentes.
- Identificación precoz de personas con situaciones de riesgo de exclusión social, violencia doméstica y conductasde riesgo.

En el anciano (además de lo anterior)

- Prevención de caídas, mediante la práctica del ejercicio físico, mediante el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular, y la revisión del estado de salud, de la medicación psicotropa y del entorno.
- Detección de la demencia, estando alerta ante síntomas de alarma como la pérdida de la memoria, deterioro funcional, o trastornos del comportamiento referidos por el paciente o la familia.
- Prevención de la mal nutrición.
- Detección precoz de alteraciones visuales (con especial énfasis en pacientes conpresión intraocular elevada y diabéticos) y auditivas.
- Detección de incontinencia urinaria y alteraciones del ritmo intestinal.
- Prevención del uso inadecuado de medicación.

Factores antecedentes de la dependencia.

Factores físicos	• Fragilidad física • Enfermedades crónicas • Utilización de fármacos
Factores psicológicos	• Trastornos mentales • Rasgos de personalidad
Factores contextuales	• Ambiente físico • Ambiente social

La atención a las personas con gravesdiscapacidades:en España: situación actual

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008) de España, masde 2,5 millones de personas con discapacidad (el 71,4%)

reciben algún tipo de **ayudas técnicas, personales** o ambas. Las mujeres son las que proporcionalmente acceden a más ayudas: el 75,4% frente al 65,3% de los varones.

De los diferentes tipos de discapacidades, son de gran relevancia los que afectan a las **actividadesbásicas** que se realizan en la **vida diaria** (ABVD) , ya que están relacionadas con la dependencia. El número de estas personas alcanza los 2,8 millones y supone el 6,7% de la población.

La mitad de ellas no pueden realizar la actividad si no reciben algún tipo de ayudas; el 81,7% de estas personas las recibe, lo que les permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD. Incluso 338.900 personas llegan a superarlas.

Tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres

El perfil de la persona principal que presta cuidados personales es una mujer, de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. El 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras principales son mujeres. Por edad, por cada hombre de hasta 64 años que realiza estas tareas hay cuatro mujeres cuidadoras. A su vez, en el tramo de 80 y más años las tareas de cuidadores se reparten equitativamente por sexos.

Por lugar de residencia del cuidador principal, el 79,3% reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados.

Las personas que prestan cuidados sienten dificultades para desempeñar sus tareas. Además, se ven afectadas en su salud y vida personal.

Dentro de las tareas de asistencia personal, la principal dificultad que encuentran los cuidadores es la falta de fuerza física para realizarlas.

En cuanto a las consecuencias para su salud, la mayoría de ellos afirma sentirse cansada y una parte importante ve incluso deteriorada su salud.

La EDDES, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS1999) 1999 ya mostraba que algo más del 70% de las personas con graves discapacidades recibían ayudas personales y si a éstas añadimos las ayudas técnicas elresultado es que el 76% de toda esta población recibía ayudas. Las personas con graves discapacidades para las actividades de la vida diariarecibian las ayudas personales mayoritariamente de la familia. La EDDES-99 constata un hecho conocido: la población cuidadora familiar esmayoritariamente femenina; por ejemplo, el 71% de los hombres con gravesdiscapacidades es cuidado por mujeres (esposas, madres e hijas).

Del mismomodo, el 75% de las mujeres con graves discapacidades es cuidada pormujeres, con predominio absoluto de las hijas, que remplazan a las madrescomo cuidadoras conforme aumenta la edad de las personas atendidas.

Endefinitiva los cuidados de la población dependiente recaen fundamentalmentesobre la familia y, en concreto, sobre las mujeres.

Finalmente los cuidados personales en la familia son normalmente gratuitos yaque se trata de un tipo de economía relacional.

El 80% de todos los cuidadores principales no recibe compensación económica alguna; sólo un 10% recibe de manera regular alguna compensación y del resto no sabemos nada. No existe gran diferencia entre los distintos colectivos de personas con graves discapacidades para las actividades de la vida diaria si bien las personas mayores de 65 años remuneran en mayor medida que el resto la actividad de cuidados. Además a medida que nos adentramos en el núcleo central de la familia, la remuneración casi desaparece, lo que sucede en el caso de las madres e hijas cuidadoras.

Teniendo en cuenta que una de las formas de medir los grados de dependencia es a través de la valoración de las actividades de la vida diaria, es útil analizar los resultados de la ENDI para tener una noción de la situación de las personas con discapacidad en Argentina. En el capítulo del Autovalimiento de la ENDI, se analiza la capacidad manifestada por las personas con discapacidad de 14 años o más para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, tanto las instrumentales como las básicas.

En cuanto a las AVD básicas el 93,7% de las personas con discapacidad de 14 años y más pueden comer y beber por si mismas. El resto lo hace con algún tipo de ayuda. El grupo de edad de 75 años o más es el que más necesita de ayuda. La necesidad de ayuda en esta actividad se ve incrementada a medida que aumenta la cantidad de discapacidades que presenta la persona.

Para las actividades de lavarse y cuidar su aspecto necesitan de ayuda el 15,9 % de personas con discapacidad. También los adultos de 75 años o más son los que más la requirieren.

En actividades más complejas como realizar tareas domésticas como limpieza, planchado de ropa y pequeñas reparaciones, la cantidad de personas que puede hacerlo en forma independiente disminuye a 68,3%.

Respecto a la capacidad para realizar las compras, pueden realizarlas por si mismas el 60,8 % y también se encuentra en estrecha relación con la edad. El 46,3 % de las personas de 75 años y más con discapacidad declaran que no pueden realizar esta actividad en forma independiente. En esta actividad existe diferencia entre los sexos, siendo las mujeres las que más ayuda requieren.

La acción de salir, es decir orientarse y desenvolverse fuera del hogar, es la actividad que presenta mayores necesidades de ayudas para efectuarse, con un porcentaje del 26,6 %, y también se encuentra incrementada respecto a la edad, siendo en este caso las mujeres la que más la requieren.

Podemos concluir que cuanto más compleja es la actividad más necesidad de ayuda requiere, incrementándose ésta en relación a la mayor edad, a la cantidad de discapacidades presentes y al sexo (mayor en las mujeres).

Si bien la familia es la principal responsable de los cuidados de las personas dependientes, los cambios actuales de la estructura familiar y del rol de la mujer, específicamente por su mayor inserción al mundo del trabajo, es que se requiere una adecuación de los servicios

sociosanitarios para contener estas necesidades, que aún es insuficiente tanto en el sector privado como en el público.

Si bien la familia es la principal responsable de los cuidados de las personas dependientes,los cambios actuales de la estructura familiar y del rol de la mujer, específicamente por su mayor inserción al mundo del trabajo, es que se requiere una adecuación de los servicios sociosanitarios para contener estas necesidades, que aún es insuficiente tanto en el sector privado como en el público.

Discapacidad, Dependencia y Fragilidad. Coincidencias y diferencias.

Exceso de incapacidad y dependencia

Montorio se refiere a la **dependencia funcional**como unfenómeno multicausal, si bien es indudable que existen una serie de condicionantesorgánicos estables, debemos resaltar la importancia de estudiar el peso de **factores potencialmente modificables** (psicológicos y/o contextuales), así como la posibilidad deintervenir sobre ellos para evitar lo que se denomina en la literatura gerontológico *exceso de incapacidad.*

Así, el exceso de incapacidad se refiere al deterioro provocado por el desuso decapacidades preservadas que no son consecuencia directa de un estado de fragilidad física o enfermedad y que son de carácter reversible. El exceso de incapacidadsignifica atribuir a la enfermedad los comportamientos de dependencia cuando dehecho se derivan también de otra fuente más benigna que sí es reversible (efectossecundarios, alteraciones de conducta, ambiente físico inadecuado, contingenciasambientales favorecedoras de dependencia o estereotipos y atribuciones negativashacia las personas mayores).

En definitiva, una persona con exceso de discapacidades aquella que está más deteriorada de lo que debería (Montorio, 2004)

En definitiva, la dependencia es un fenómeno, como otros muchos, complejo,multicausal, que admite muchas vías de intervención, desde las prestaciones socialesmás clásicas, hasta intervenciones como las destacadas en este trabajo, en las que seconsidera que las conductas de dependencia son el resultado de una conformidad conlos estereotipos, una subestimación de los recursos propios, de las contingenciasambientales o de una ambiente físico no facilitador.

Fragilidad

Entendiendo por fragilidad aquello que puede deteriorarse con facilidad, recordamos las características del anciano frágil que fueron desarrolladas en el módulo 4, valoración geriátrica integral (VGI) :

- Mayor de 75-80 años
- Poli patología
- Patología invalidante
- Sarcopenia
- Polifarmacia
- Viudez reciente
- Presencia de alteraciones cognitivo emocionales
- Hospitalización reciente
- Necesidades básicas insatisfechas
- Aislamiento social
- Abuso de alcohol o drogas

Podríamos decir también que la fragilidad es un equilibrio inestable entre componentes biomédicos y psicosociales, que aumenta el riesgo de institucionalización o muerte.

Acerca de los conceptos de Fragilidad, Discapacidad y Dependencia:

Según Roqué M.,(SAGI, 2006) existen varios conceptos de fragilidad, la que se puede definir como:

1. El estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riego de incapacidad o a desarrollar efectos adversos para su salud. (Dra. Benítez, R.; Dra. Hoyl. M T. Universidad Católica de Chile)

2. Un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. (Ramos y Libre Rodríguez 2004)

3. La disminución de las reservas fisiológicas, sensoriales y motrices que influyen en la capacidad del individuo para permanecer en equilibrio con su entorno. Se considera también que, con el avance de los años es mayor la tendencia al proceso de fragilización y que la última etapa de este proceso de fragilización sería la dependencia, aunque este no sea un proceso necesario o universal. (LaliveD'Epinay 1999)

"Los aportes de la OMS, a los conceptos de discapacidad y dependencia, nos muestran como se ha ido evolucionado desde una mirada unidimensional ligada a lo biológico y lo físico, hacia un concepto de naturaleza complejo, multidimensional que incluye muchas caras, en la que se encuentran la variable biológica, psicológica, social y cultural." (Roqué, SAGI 2006)

Es importante comprender que discapacidad y fragilidad son conceptos son diferentes. La discapacidad en una persona puede mantenerse estable durante años, no así la fragilidad

que a medida que avanza la edad y las situaciones psicosociales se vuelven adversas va progresando. La fragilidad puede encontrarse en personas mayores que no presentan ningún tipo de discapacidad. Por ello, es necesario pensar en nuevas definiciones acerca del concepto de fragilidad y no caer en conceptos que nos vuelvan a los viejos esquemas de la salud-enfermedad como si fueran variables extrapolables a cualquier contexto.

Según Roqué (SAGI 2006), “toda lectura de una capacidad o una discapacidad, de una enfermedad o un estado de salud es siempre relativa a los contextos de significación en los que se producen. Por ello pensar la fragilidad física solo puede tener un sentido teórico y empírico válido en la medida en que no deje de lado los elementos culturales, económicos, políticos, sociales y comunitarios que leen e interpretan el cuerpo humano cifrado desde la edad, el género o cualquier otro corte que establezcamos”.

Es importante pensar el concepto de **fragilidad** como la posibilidad**de sufrir un daño**.

Roqué nos propone pensar en la fragilización de una persona mayor cuando:

- no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna;
- se lo margina, discrimina y excluye socialmente;
- se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo, y amor, por el solo hecho de ser viejo;
- no encuentran espacios de participación familiar o social
- se cree que el único rol que puede tener una persona mayor es el de ser .abuelo. aun cuando no haya tenido ni hijos ni nietos
- el entorno no es accesible e impide que puedan salir de sus casas, tomar un colectivo, entrara un teatro o a un cine y visitar espacios comunes de esparcimiento;
- los profesionales que brindan servicios sociales o de su salud no tienen formación especifica en gerontología y geriatría pudiendo cometer prácticas iatrogénicas;
- no brindamos alternativas de atención basadas en un sistema de cuidados progresivos y priorizamos su permanencia en el hogar.
-

Por ello este concepto implica una serie de consideraciones, más allá de los cambios

biopsicológicos que suceden, que modifican toda consideración rígida y reduccionista y particularmente nos abre a pensar y proponer políticas en pos de una no fragilización de los

mayores, donde podamos encontrar que los cambios del envejecimiento encuentren un contexto adecuado donde puedan seguir siendo funcionales.

Por esta razón, si queremos realmente incrementar la longevidad y fundamentalmente mejorar la calidad de vida de las personas mayores debemos intervenir en el campo de la vejez frágil abarcando la totalidad de estos aspectos.

Actividad 5

Articule en un texto breve de aproximadamente 700 palabras los conceptos fragilidad, discapacidad y dependencia trabajados en este apartado.

Unidad V: Rehabilitación

Definición

La palabra rehabilitación deriva del latín medieval y significa, literalmente, “vuelta a la buena salud” El término fue adoptado pro la profesión médica a partir de los nuevos servicios desarrollados luego de las desastrosas consecuencias de la gran guerra de 1914 a 1918. Las primeras definiciones de la OMS daban una mayor importancia al concepto de entrenamiento para conseguir el “más alto nivel de capacidad funcional posible” (OMS, 1969).

Para la OMS, (1981) “*la rehabilitación incluye todas las medidas que tienen como objetivo disminuir el impacto de la discapacidad y las restricciones en la participación social para lograr la integración social de las personas con discapacidad.”*

En los últimos años el concepto de la rehabilitación fue modificándose. Antes el enfoque estaba puesto en el funcionamiento individual, y paulatinamente, se produce un viraje hacia enfatizar la participación e igualdad de oportunidades.

Se piensa entonces, luego de varias redefiniciones, la rehabilitación como uno de los componentes de la salud y a la rehabilitación integral aquella que pone su mirada no sólo en el individuo sino en el medio, con intervención en el ambiente inmediato y en el conjunto de la sociedad.

Las Normas **Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas** en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993, define a la **Rehabilitación** como un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la perdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación especifica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.

La **rehabilitación integral** es el orden coordinado e individualizado de sistemas y servicios de la sociedad y el medio cuyo objetivo primario es prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de pérdidas funcionales e incidir sobre los factores que impidan o dificulten la participación plena.

Etapas evolutivas de la Rehabilitación en la Argentina

En la **década del 50** se hacía referencia a las personas con discapacidad como inválidos y la modalidad de asistencia era la de la beneficencia. Se apelaba a la caridad. Surgieron instituciones como los internados, siendo las personas con discapacidad objeto de cuidados.

En los **años 70** coincidiendo con las etapas de los modelos biomédicos y de la discapacidad, se desarrollaron los servicios hospitalarios, de educación y los laborales. Se a utilizar comienza la denominación de discapacitados.

En la **década del 80,** se vivió la desinstitucionalización.

Surgen un importante número de leyes en los **años 90** pero sin los recursos para su implementación. En esta época ya se habla de personas con discapacidad.

La ley 22.431, refiriéndose a la Rehabilitación integral, otorgaba al estado la responsabilidad para la implementación servicios necesarios para brinda la asistencia en rehabilitación. Sin embargo, en nuestro país, la oferta de servicios de Rehabilitación médica funcional en los hospitales es escasa, y en su mayoría no cuentan con médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.

Según la **Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación**, el objetivo de la Medicina de Rehabilitación es mejorar el funcionamiento global de la persona, para facilitar su integración a las actividades cotidianas que debe ejecutar de acuerdo a su elección por edad y factores ambientales. Así, su foco principal es la persona en quien trata de reducir la deficiencia y las limitaciones funcionales recurriendo a intervenciones terapéuticas e incorporando, cuando es necesario, elementos y tecnologías que faciliten el funcionamiento individual (ayudas técnicas).

El Servicio Medico debe poder permitirle a la persona con discapacidad su máximo nivel funcional. Sin embargo, el éxito de su integración requiere de la eliminación de una serie de barreras culturales y sociales que trascienden el sector salud.-

Dentro de los programas desarrollados desde el Estado nacional, como habíamos comentado en el segundo capítulo, el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad financia diversos programas de capacitación y desarrollo de redes de rehabilitación (Programa de Capacitación de Recursos Humanos y Formación de Médicos Especialistas, Programa de Fortalecimiento de las Redes de Rehabilitación), para mejorar la cobertura de prestaciones deficitarias en la actualidad.

(Para ampliar esta información se sugiere visitar la página de CONADIS (www.cndisc.gov.ar)

Rehabilitación

Rehabilitar para una vida independiente significa abordar los déficits como parte de intervenciones más globales y ambiciosas, que buscan primordialmente el desarrollo personal y de las competencias sociales del sujeto con discapacidades, al igual que el protagonismo en su propia vida. Esta concepción exige:

- Un **enfoque multidisciplinario** que garantice una actuación integral y personalizada;
- Un **sistema intersectorial de rehabilitación** que articule las distintas intervenciones sectoriales (educativas, socio-laborales y de servicios sociales);
- Un mayor **protagonismo** individual y colectivo de las personas con discapacidad en los procesos rehabilitadotes.

Niveles de prevención y medidas de atención

La medicina moderna debe tener a la rehabilitación
conceptualmente presente desde la prevención
para evitar la discapacidad,
en las primeras fases de la recuperación

para disminuir la secuela,

y en la secuela instalada para minimizar sus efectos

PREVENCION	PROPOSITO	MEDIDAS DE ATENCION
Primer nivel	Evitar la aparición de las deficiencias o disminuir su incidencia	PREVENCION PRIMARIA DE LA SALUD
Segundo nivel	Evitar que se agraven las deficiencias una vez producidas	REHABILITACION
Tercer nivel	Evitar consecuencias posteriores (minusvalía)	EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES

a) Atención primaria de la Salud

Prevención de discapacidades

Cuando hablamos de prevención nos referimos al conjunto de actividades interprogramáticas e intersectoriales tendientes a la identificación de riesgos que produzcan deterioro o daño a la salud, impedir que el deterioro en la salud cause limitación funcional o minimizar el impacto de las consecuencias del daño a la salud, promoción de estilos de vida saludables y protección de la salud. Comprende la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Prevalencia y causas de discapacidad

La identificación, caracterización y registro de casos nuevos y los ya conocidos de discapacidad en un tiempo y lugar nos va a dar la **prevalencia**.

Según datos del Programa Regional de Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 2006) en América Latina viven aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de las cuales sólo un 2 % encuentra respuestas a sus

necesidades. OMS también plantea que las modificaciones epidemiológicas, con la tendencia al envejecimiento de la población, el aumento del uso de drogas, la violencia, los accidentes y las deficiencias funcionales perinatales, demandan de los sistemas de atención primaria (como efectores clave en la promoción y prevención de la salud) el reconocimiento de los riesgos, las medidas de prevención y un enfoque integral para abordar las consecuencias de diversas patologías que producen discapacidad, para disminuir el efecto que esta produce en las personas, las familias y las comunidades, lo que implica un cambio de mirada en la formación de los profesionales actuantes .

La actuación preventiva sobre el primer nivel debe enfrentar las causas directas (enfermedades y accidentes) e indirectas de las deficiencias (condiciones de salubridad e higiene de los asentamientos humanos, carencias nutricionales, hábitos de vida, etc.).

Para asegurar que las acciones de rehabilitación lleguen a la persona en riesgo de discapacidad o con discapacidad instalada, en su propio ámbito social, es imprescindible que el problema referido a la rehabilitación se incorpore dentro del enfoque estratégico de la administración local de los sistemas de salud.

b) Rehabilitación integral

En el marco del derecho al goce máximo de salud que se pueda lograr y en respuesta a las Normas Estándares de la Organización de las Naciones Unidas sobre Equiparación de Oportunidades para las personas con Discapacidad (138° Sesión del Comité Ejecutivo OMS/OPS, 2006) se debe garantizar la atención médica eficaz y la prestación de servicios de rehabilitación a este grupo de población. Los servicios de salud deben proporcionar atención, por equipos multidisciplinarios, para la evaluación, detección precoz y tratamiento de las deficiencias; así mismo incluir a las personas con discapacidad en todos los programas e iniciativas de salud. Los servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas y proporcionar asistencia para alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento y autonomía, atendiendo a cualquier tipo de discapacidad e involucrando a las mismas personas con discapacidad y su familia en el proceso de rehabilitación.

Rehabilitación médico- funcional

La intervención de la rehabilitación médico funcional tiene como finalidad prevenir, eliminar o reducir las deficiencias, discapacidades y sus consecuencias.

El tratamiento de Rehabilitación debe tener un enfoque interdisciplinario. El equipo básico se conforma con:

- Médico especialista en Rehabilitación,
- kinesiólogo, terapista físico o fisioterapeuta,
- terapista ocupacional,
- psicólogo,
- fonoaudiologo,
- trabajador social,
- técnico protesista ortesista,
- enfermera especializada.

La conformación del equipo, su funcionamiento y su articulación intersectorial dependerá de la población, del tipo de deficiencias y discapacidades a atender y de los recursos existentes. Es fundamental para el éxito del tratamiento, que la persona pueda acceder al mismo en forma apropiada y continua, preferentemente en su propio medio sociocultural.

Las acciones a desarrollar serán:

- **Valoración diagnóstica y admisión:** se realizará el diagnóstico funcional cuali y cuantitativo.
- **Trabajo del Equipo interdisciplinario:** como aporte conjunto de varias disciplinas que desde su especificidad, concurren con sus aparatos conceptuales, definirá el plan de atención según el diagnóstico funcional, planteará objetivos que deberán respetar los intereses del paciente y la familia, como protagonistas en el proceso.
- **Asesoramiento y contención familiar**
- **Indicación de ayudas técnicas**

Modalidades de atención

Estos son algunos de los servicios propios de la Rehabilitación médico-funcional:

Hospitales generales con servicio de rehabilitación

En un hospital que desarrolla actividades en el campo de la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, las funciones del servicio serán:

1) Prevención de complicaciones secundarias de la patología primitiva.
2) Detección precoz de discapacidades. Articulación con otras áreas hospitalarias con este propósito.
3) Tratamiento específico.
4) Derivación de pacientes cuya patología requiera un plan que difícilmente pueda cumplirse en un hospital.
5) Seguimiento del paciente al egreso.

Institutos de rehabilitación de alta complejidad

En estas instituciones se realiza la internación de patologías complejas que requieren de un tratamiento no solo especial sino también complejo. Dada la diversidad de deficiencias, estos institutos cuentan con todo tipo de servicios médicos como apoyo para la resolución clínico-quirúrgica de las mismas, por ejemplo: además del servicio medico de rehabilitación existen servicios de ortopedia, de reumatología, de clínica médica, de urología, de electrodiagnóstico, de cirugía plástica, psiquiatría, etc.

En estas instituciones, además de asistir a los pacientes, se agrega un área de docencia e investigación.

Centros de rehabilitación de alta complejidad

Este tipo de centros realizan tratamientos de pacientes ambulatorios; deben contar con los mismos recursos físicos, humanos y equipamiento planteado para los tratamientos de rehabilitación en general. Aquí los tratamientos son de corta duración y se aplican a deficiencias que no requieren internación.

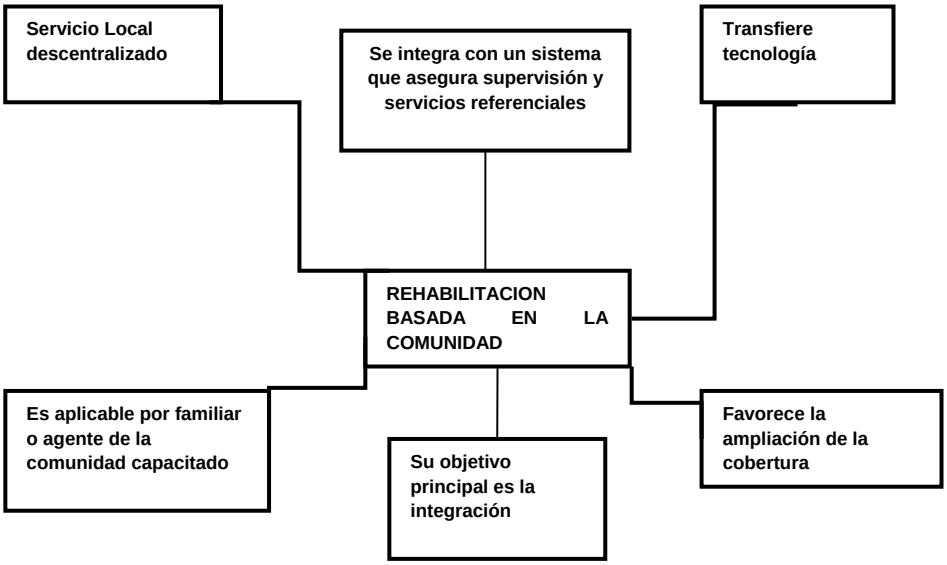
Atención domiciliaria

Esta modalidad de asistencia será realizada en aquellos casos que, por el tipo de deficiencia, no pueden concurrir a un centro en el cual recibir el tratamiento indicado, o bien

aquellos casos de post internación donde puede continuarse con el tratamiento y seguimiento del paciente sin necesidad de estar internado.

Otra modalidad: Rehabilitación basada en la comunidad

El cuadro que sigue representa las características principales de la **RBC**.



Ante la realidad de servicios de Rehabilitación escasos, y la falta de equidad en su distribución y posibilidades de acceso, una alternativa es la **Rehabilitación basada en la comunidad** (RBC), modelo desarrollado por la OMS en los años ochenta, constituida como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad.

La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y sus comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.

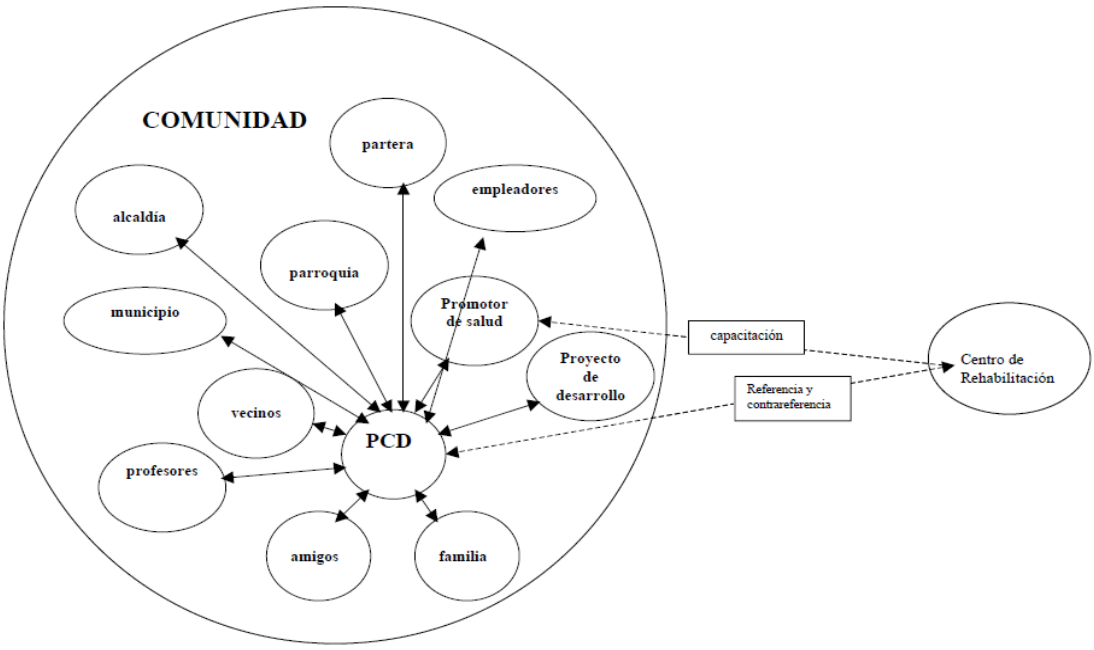
Los objetivos de la RBC son:

- Asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades tanto físicas como mentales,
- Asegurar que las personas con discapacidad se beneficien de las oportunidades y servicios comunes,
- Asegurar que alcancen la plena inserción social.

El punto de partida es reconocer que cada comunidad tiene características propias en cuanto a su cultura, vida social, económica y política, por lo cual la forma de intervención comunitaria parte de los intereses y necesidades que se descubren, analizan y alcanzan consenso dentro de la población local a través de un diagnóstico participativo. Éste permite conocer las condiciones individuales, familiares y comunitarias de las personas con discapacidad en cada comunidad, servicios existentes (médicos, escolares, técnicos), vías de comunicación, transporte, cultura local, economía local, fuentes de trabajo, etc. y llegar a una serie de propuestas de soluciones prácticas y flexibles, en las que todos participen, la comunidad y las personas con discapacidad.

A partir de esto se conforma una red comunitaria de apoyo, con responsabilidades específicas para cada persona, familia y organización. Se trata de que cualquier información, experiencia, idea, conocimiento que se genere en cualquier nodo o punto dentro de la misma, se distribuya uniformemente para todos.

(Fuente: Radtke,Birgit).



La **RBC** ha revalorizado las tecnologías sencillas aprovechando la experiencia de las propias personas con discapacidad, ha desmitificado el proceso de **Rehabilitación**, ha recalcado la magnitud del problema y, por sobre todas las cosas, ha buscado la equidad.

Actividad 6

Investigue qué modalidades de atención existen en su localidad. Confeccione un listado y describa las características de la atención brindada por cada una (incluyendo grupos etarios que son atendidos, modalidades de atención, tipos de discapacidad contemplada, si pertenecen al sistema publico o privado, dirección, teléfono, condiciones de accesibilidad (medios de transporte), para socializarla en los intercambios grupales y que sirva como insumo para formar una red de recursos en su región

Servicios sociales asistenciales

Los **servicios asistenciales** tienen por finalidad dar cobertura de los requerimientos básicos esenciales de las personas con discapacidad (hábitat, alimentación, atención especializada):

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.
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.
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.

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.

Actividad 7

Investigue en su localidad cuales son las instituciones que brindan estas prestaciones.

Con el mismo criterio que en la anterior actividad armar un cuadro en el que se organice la información relevada, considerando las distintas categorías, la descripción de las instituciones locales.

Marco legal

Sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad

La Asamblea General de las Naciones Unidas al establecer, en 1982, el Programa de Acción Mundial para las Personas Discapacitadas, reafirmó el **derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades, a la participación plena en las actividades económicas y sociales, y al igual acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación.**

Nuestro país, reconociendo los derechos de las personas con discapacidad y los señalamientos de organismos internacionales sobre las personas con discapacidad, ha establecido un Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, regulado por la Ley 24.901 **"Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad",** el Decreto 762/97, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, y el Decreto 1.193/98, Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas.

Históricamente, las prestaciones de habilitación y rehabilitación integral no habían sido abordadas en forma programática por las obras sociales, que venían respondiendo a las demandas de sus asociados en esta materia con criterios dispares. Por otra parte, las

personas con discapacidad carentes de cobertura de obra social, régimen de seguridad social o de otros regímenes de protección, tampoco tenían asegurada la atención de sus necesidades de habilitación y rehabilitación. El Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad viene a producir, por tanto, un cambio importante dentro del sistema prestacional, al asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática.

El objetivo es asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de un sistema de integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática, en el ámbito nacional.

La ley reconoce:

I.- "Prestaciones Básicas":

- **Prestaciones preventivas**: Atención a la madre y al niño desde la concepción.
- **Prestaciones de rehabilitación** con cobertura integral.
- **Prestaciones terapéuticas educativas**.
- **Prestaciones educativas** (escolaridad, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros).
- **Prestaciones asistenciales**: (hábitat- Alimentación- atención especializada)

II.- "Servicios específicos": (con carácter enunciativo)

- **Estimulación temprana.**
- **Educación inicial (entre 3 y 6 años)**
- **Educación General Básica (de 6 a 14 años o hasta la finalización del ciclo).**
- **Formación laboral, centro de día, centro educativo terapéutico y centro de rehabilitación psicofísica.**
- **Rehabilitación motora y atención odontológica integral.**

III.- "Sistemas alternativos" : para cuando el discapacitado no puede permanecer en su grupo familiar:

- ***Residencia*: Para personas con adecuado nivel de autogestión.**

- ***Pequeños hogares*: a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores.**
- ***Hogares*: para discapacitados sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente y para personas con poco autovalimiento o requieran mayor grado de asistencia o protección.**

IV. "Prestaciones complementarias"

- **Cobertura y apoyo económico para las necesidades de supervivencia del discapacitado (subsidios transitorios).**
- **Atención especializada domiciliaria, si fuera necesario, a cargo de las obras sociales.**
- **Apoyo para acceder a distintas prestaciones e iniciación laboral.**
- **Atención psiquiátrica.**
- **Medicamentos o productos dieto terapéuticos específicos.**

Beneficiarios

Las personas que acrediten su discapacidad según la Ley 22.431 (art. 3°), y que requieran las Prestaciones Básicas previstas en la Ley 24,901:

1) personas con DISCAPACIDAD del sistema de seguridad social

2) personas con DISCAPACIDAD del seguro social

3) personas con DISCAPACIDAD sin cobertura social

La **Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas** es quien normatiza, coordina, asesora y supervisa la implementación y preside el Directorio del **Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral** a favor de las Personas con Discapacidad.

Actualmente, las Provincias que han adherido a esta Ley Nacional son: CATAMARCA, CHACO, CHUBUT, CORRIENTES, CORDOBA, FORMOSA, JUJUY, LA PAMPA, LA RIOJA, MISIONES, RIO NEGRO, SALTA, SAN JUAN, SAN LUIS, SANTA CRUZ, SANTA FE y TUCUMÁN.

Para ampliar este tema remitirse a http://infoleg.mecon.gov.ar/

Actividad 8

Investigar en su provincia las leyes relacionadas a la temática de la discapacidad, y realizar un cuadro comparativo entre las leyes provinciales y nacionales, en cuánto a acreditación de discapacidad y prestaciones sociosanitarias, para analizarlo en forma grupal.

Anexo I

Preguntas de detección de personas con discapacidad

En la ENDI hay un módulo de detección de personas con discapacidad: Se les pregunta a todas las personas que viven en el hogar si alguna:

1. Es ciega

2. Aún con anteojos o lentes tiene dificultad PERMANENTE para ver de cerca, de lejos, o tiene otras dificultades para ver

3. Sabe leer y escribir en braille o utiliza otras ayudas

4. Es sorda (no puede oír ningún sonido)

5. Tiene dificultad PERMANENTE para oír lo que se dice

6. Necesita y/o usa audífono o implante para oír lo que se dice

7. Necesita leer los labios para entender lo que se dice

8. Es muda

9. Tiene dificultad PERMANENTE para hablar ¿Cuál?

10. Utiliza la lengua de señas

11. Le falta o tiene paralizados o atrofiados uno o dos pies o las piernas

12. Le falta o tiene paralizados o atrofiados uno o los dos brazos o las manos

13. Tiene dificultad PERMANENTE para levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado

14. Tiene dificultad PERMANENTE para agarrar objetos con una o las dos manos

15. Tiene dificultad PERMANENTE para caminar o subir escaleras

16. Necesita o utiliza en forma PERMANENTE silla de ruedas

17. Necesita o usa en forma PERMANENTE andador, muletas, bastones canadienses, férulas, prótesis, etc.

18. Tiene algún retardo o retraso mental que le dificulte aprender, trabajar y/o relacionarse

¿Cuál?

19. Tiene en forma PERMANENTE algún otro problema mental que le dificulte relacionarse y/o trabajar (ej. psicosis infantil, autismo, etc.) ¿Cuál?

20. Por retardo o problemas mentales concurre o concurrió a un hospital de día o centro educativo terapéutico

21. Tiene alguna otra dificultad PERMANENTE mental o física que no fue preguntada (aquí debían incluirse también a las personas que usan en forma PERMANENTE oxígeno, sondas, diálisis o están a la espera de un trasplante) ¿Cuál? De los que contestaron afirmativamente la pregunta 21 se hizo una selección vía análisis de contenido.

Anexo II

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Sede de las Naciones Unidas, Nueva York 14-25 de agosto de 2006

En un mundo perfecto, los derechos enumerados en la Declaración Universal de Derechos Humanos serían suficientes para proteger a todos. Pero en la práctica, a ciertos grupos, como las mujeres, los niños y los refugiados, les ha ido mucho peor que a otros y las convenciones internacionales tienen por objeto proteger y promover los derechos humanos de tales grupos. Del mismo modo, los 650 millones de personas con discapacidad –alrededor del 10% de la población mundial—carecen de las oportunidades que tiene la población en general. Se enfrentan a un cúmulo de obstáculos físicos y sociales que:

- Les impiden recibir educación;
- Les impiden conseguir empleo, incluso cuando están bien cualificados;
- Les impiden tener acceso a la información;
- Les impiden obtener el adecuado cuidado médico y sanitario;
- Les impiden desplazarse;
- Les impiden integrarse en la sociedad y ser aceptados.

Algunos países han promulgado una detallada legislación a este respecto pero otros muchos no lo han hecho. Debido a las prácticas discriminatorias, las personas con discapacidad tienden a vivir en la sombra y al margen de la sociedad y, como resultado, sus derechos no se toman en consideración. Se necesita una norma universal jurídicamente vinculante para asegurar que los derechos de las personas con discapacidad se garanticen en todo el mundo.

El propósito de la convención es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto los derechos humanos por las personas con discapacidad. Cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad.

La convención no crea ningún derecho nuevo. No obstante, lo que hace es expresar los derechos existentes en una forma que atiende a las necesidades y la situación de las personas con discapacidad.

La convención reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que es el resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y los obstáculos tales como barreras físicas y actitudes imperantes que impiden su participación en la sociedad. Cuantos más obstáculos hay, más discapacitada se vuelve una persona. Las discapacidades incluyen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales tales como ceguera, sordera, deterioro de la movilidad y deficiencias en el desarrollo. Algunas personas tienen más de una forma de incapacidad y muchas, si no todas, podrían llegar a tener alguna discapacidad en algún momento de su vida debido a lesiones físicas, enfermedades o envejecimiento.

Los Estados se verán obligados a introducir medidas destinadas a promover los derechos de las personas con discapacidad y a luchar contra la discriminación. Estas medidas incluirán una legislación antidiscriminatoria, eliminarán las leyes y prácticas que establecen una discriminación hacia estas personas y las tendrán en cuenta en la aprobación de nuevos programas o nuevas políticas. Se tratará también de prestar servicios, proporcionar bienes y crear infraestructuras accesibles a las personas con discapacidad.

Bibliografía

- Anuario estadístico Nacional de discapacidad Servicio Nacional de Rehabilitación. Buenos Aires 2011 http://www.snr.gob.ar/uploads/Anuario2011.pdf
- Bauer, D.(1992).*Rehabilitación integral.* Barcelona. Editorial Masson.
- Casado Pérez, D. *"Panorámica de la discapacidad"*. INTRESS. Barcelona 1991.
- CEAPAT: http://www.catalogo-ceapat.org (Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2007)
- CONADIS. Disponible en:http://www.cndisc.gov.ar. (Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2007)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006 (Disponible en: http: www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf)
- Coriat ,S. A. (2002) *Lo Urbano y lo Humano - Hábitat y Discapacidad*. Fundación Rumbos. Buenos Aires.
- Crespo López, M. y López Martínez, J. *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar".* Premio Imserso "Infanta Cristina" 2006.
- Dell Anno, A., Corbacho M., Serrat M. (2004). *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad*. Espacio. Buenos Aires.
- Di Veroli,D.Schmunis,E. (2008)*Arquitectura y envejecimiento.Hacia un hábitat inclusivo.* Editorial Nobuko. Buenos Aires.
- Egea García, C., & Sarabia Sánchez, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, (73), 29-42.
- Eroles, C., Ferreres.C. Compiladores. 2002."La discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos". Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Eroles, C.,Fiamberti,H. "Los derechos de las personas con discapacidad: análisis de las convenciones internacionales y la legislación vigente que los garantizan"
- Feierstein, D. "La construcción del otro discapacitado: apuntes para una apertura a la complejidad". (http://www.cndisc.gov.ar/doc_publicar/varios/ponencia_feierstein.pdf) Fecha de búsqueda: 31 de enero de 2010)
- Figari, T. A. (2005) *Apuntes de neuropsicopedagogía. Problemática del fracaso escolar*. Buenos Aires. La colmena.
- Fundación PAR. 2005 "La discapacidad en la Argentina: Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Argentina. Fundación Par

- IMSERSO, ADAPTACION DE LA VIVIENDA EN LA POBLACION DEPENDIENTE: NECESIDADES, SOLUCIONES Y COSTES. UniversitatAutónoma de Barcelona. Marzo 2007.Proyecto FIPROS 2005/136.
- Instituto de Migraciones y servicios sociales (IMSERSO). "CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. 3º EDICIÓN 1997, Madrid.
- IMSERSO, (2004)Libro Blanco de la Dependencia. Disponible en: http: www.imsersomayores.csic.es/documentación/documentos/libro-blanco-dependencia.html. Fecha de consulta: 9 de diciembre de 2007)
- IMSERSO,(2005)Pregúntame sobre accesibilidad. http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/preguntame.pdf consulta 20 de junio 2013)
- IMSERSO-OISS,2006 *Personas mayores, dependencia y servicios sociales*
- *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico.* España.
- INDEC-CONADIS. 2005.*La población con discapacidad en la Argentina.Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad*, Buenos Aires.
- INE. Instituto de Estadística de España. Boletin informativo 10/2009 (http//: www.ine.es. Fecha de consulta: 31 de enero de 2010)
- Ley nacional 22.431. Comentario disponible en: http://www.cndisc.gov.ar/doc_publicar/fram_sup.html. (Fecha de consulta: 28 de marzo de 2007).
- Martínez Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona.Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, EuskoJaurlaritzarenArgitalpenZerbitzuNagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno VascoDonostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz. 2011. Disponible en:http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf consulta 23.06.12
- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS. Santiago: Minsal, 2010.
- Mouratian P.; (2012) Documentos temáticos INADI: Discapacidad y No Discriminación / - 1a ed. - Buenos Aires: Inst. Nac. contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI, 2012 www.inadi.gob.ar

- MontorioCerrato,I:LosadaBaltar,A. (2004) *"Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional"*.Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores.N° 12* (Fecha de publicación. 30/4/2004).
- OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud). *Discapacidad: Lo que todos debemos saber***.** Año 2006.Disponible en: http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Prologo
- http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Introduccionhttp://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf
- (Fecha de consulta: 15 de marzo de 2007).
- OMS/OPS. 138° Sesión del comité ejecutivo. 19-23 de junio de 2006. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce138-15-s.pdf (Fecha de consulta: 15 de marzo de 2007)
- OMS: *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).* Ginebra, 2001.
- OMS (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad En: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
- Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). (2003). Accesibilidad para personas con ceguera y deficiencia visual. Primera edición: Madrid.
- Palacios, A. El modelo social de discapacidad:orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. **Grupo editorial CINCA.** Madrid. Octubre 2008.
- Pantano,L. "La discapacidad en cifras.Latinoamerica en la mira: cuantificación y discapacidad,hoy. La importancia de producir parámetros fiables" Capítulo I en: Dell Anno, Amelia, Mario E. Corbacho y Mario Serrat. 2004. "Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad. Espacio. Buenos Aires.
- Parreño Rodríguez,J.(1994). *Rehabilitación en geriatría*. Editores Médicos S.A.Madrid.
- Puig de la Bellacasa, R. "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad". En "Discapacidad e información". Real Patronato de Prevención y Atención a Personascon Minusvalía. Madrid 1990.
- Radtke,Birgit. http://www.risolidaria.org.pe/modulo/upload/discapacidad/derechos/31146593doc.pdf (Fecha de búsqueda: 19 de diciembre de 2007)
- Rosato,A y Angelino, M.A.(coordinadoras) "Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit".1ra. Edición. Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. 2009.

- Roqué,M. **"***Una Mirada Social de la Fragilidad en la Vejez"* disponible en: http://www.globalaging.org/elderrights/world/2008/mirada.pdf
- Rosales P. (Compilador) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ley 26.378) Buenos Aires, AbeledoPerrot, 2012.
- *Políticas Sociales que mejoran la calidad de vida".*Presentación en el Simposio Argentino de gerontología Institucional SAGI 2006.
- Scharovsky, D.y Escudero, J. M. (2007). *Habitar al envejecer. Una visión Pluridisciplinar de la relación de los adultos mayores con el entorno construido*. Mar del Plata, EUDEM.
- II Plan de Acción 2003-2007. 2003."PRINCIPIOS BÁSICOS Aprobado por el Consejo de Ministros de España. España.
- Vallejos I.. ¿Y si la discapacidad no estuviera dada en la naturaleza?Tensiones entre el modelo médico y el modelo social,Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo número 01abril 2010, disponible en www.cuadernos.inadi.gob.ar
- Viladot,R. *Ortesis y prótesis del aparato locomotor*. Editorial Masson. ISBN: 84-311-0409-0. España.

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación
Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia