

Modelos de abordaje de la discapacidad y el modelo de construcción social

Por Pablo Rosales



Abogado (UBA)
Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD)
Director del Programa de actualización y profundización en discapacidad, salud mental y envejecimiento (UBA)

Experto independiente designado por Argentina ante el (CEDDIS) de la OEA
Coordinador jurídico del Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia (ADAJUS) del MJ y DDHH.

Directora de Tesis:
María Angélica Touceda (UNLP)

Jurado Evaluador:
Mg. Silvia Gascon (Universidad ISALUD)
Mg. Araceli López (Universidad ISALUD)
Dra. Silvia Bersanelli (CONADIS, CEDDIS, OEA)

Este texto forma parte de la tesis de maestría "Análisis crítico descriptivo de la normativa de la discapacidad en Argentina con énfasis en el sistema de salud y en el marco de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Ley 26.378)".

El texto completo de este trabajo se encuentra disponible en el Centro de Documentación de Isalud.

1. Introducción

La República Argentina ha sido uno de los países pioneros en América Latina en dictar normativas legales sobre discapacidad. La primera ley marco nacional vigente es del año 1981 (ley 22.431). En 1994 la reforma de la Constitución nacional incorpora en su artículo 75 a las personas con discapacidad como grupo especialmente protegido y en 1998 se promulga la ley 24.901, que es la que más influencia ha tenido para la cobertura de salud de las personas con discapacidad. Veintisiete años después de aquella ley, en 2008, nuestro país adhiere a la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de la ONU (2008) y apenas unos años antes, en 2000, incorpora por ley 25.280 la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala en 1999.

En ese amplio intervalo de tiempo se han dictado numerosas leyes, nacionales y provinciales, que abarcan desde aspectos de seguridad social y transporte y accesibilidad, a nuevas prestaciones de salud y educativas para las personas con discapacidad.

La tesis en cuestión apunta a averiguar si, pese a ello, existía en 2009, un compendio normativo organizado de la discapacidad en Argentina y como fue interpretado por el poder judicial y por el ámbito administrativo.

La historia de la legislación sobre discapacidad en nuestro país nos indica la existencia de un amplio conjunto de normas nacionales y locales, que Argentina tiene desde mucho antes de la vigencia de la ley 22.431. A modo de ejemplo veamos las siguientes leyes de carácter nacional, todas ellas anteriores a 1981:

- Ley 12.938 del 17/01/1947: Creación del Instituto Nac. De Sordomudos BARTOLOME AYROLO.
- Ley 12.960 del 13/03/1947: Acuerdo crédito extraordinario imprenta de la H. Cámara de Diputados.
- Ley 13.022 del 24/09/1947: Parálisis Infantil. Hospital de Niños.
- Ley 13.025 del 26/09/1947: Prórroga y modificación de la ley 12903 que otorga bonificaciones a jubilados y pensionistas nacionales de previsión.
- Ley 13.053 del 29/09/1947: Patronato Nacional de la Infancia. Reconocimiento servicios. Se reconoce como servicios en la administración

nacional a todos sus efectos prestados en las escuelas del Patronato Nacional de la Infancia.

- Ley 13.926 del 30/08/1950: Protección de la discapacidad. Trabajo para personas no videntes y ambliopes. Fue abrogada por la ley 22.431 (Art. 26). (CUPO: “Art. 1.– Los establecimientos y dependencias del Estado en que existan tareas que puedan ser desempeñadas por ciegos, admitirán personal en estas condiciones en la proporción de uno por cada cien personas ocupadas” y CREDITOS: “Art. 3.– Las instituciones bancarias oficiales reglamentarán el otorgamiento de créditos destinados a la instalación o ampliación de los pequeños comercios a que se refiere el artículo anterior, así como también a pequeños talleres individuales o colectivos de manufacturas de la especialidad en que fueran diplomados los ciegos o ambliopes.”)
- Ley 15.224 del 23/12/1959. (Art. 1º: “Agréguese el artículo 2º de la Ley 13.337, como inciso nuevo el siguiente: Inciso g) Las personas que se encuentren incapacitadas para trabajar, víctimas de atentados o atropellos provocados por razones políticas, gremiales o actos derivados o conexos a ellas; o sus deudos, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3º, incisos a), b), c) y d).”

También la lectura de las leyes transcritas en el párrafo anterior y las que se citan a lo largo de la tesis, nos permiten entender que la mayoría de ellas se enmarcan en el ámbito del sistema de salud. De este encuadre no escapará la ley 24.901 que ha sido construida partiendo del nomenclador del INSSJP-PAMI de la época.

Más adelante abordaremos en detalle los modelos vigentes a lo largo de la historia de la discapacidad, siendo desde la segunda guerra mundial, principalmente, el modelo medico-rehabilitatorio el que dará sustento a la modalidad de abordaje de la discapacidad hasta el desarrollo, en la últimas décadas, de un modelo de construcción social de la discapacidad, que sin escapar totalmente de lo médico, tratará de relacionar el diagnóstico clínico con el entorno y las posibilidades de las personas con discapacidad. La herramienta será, en términos generales, el traspaso de la posta de la clasificación médica CIDDIM a la más amplia C.I.F. (clasificación Internacional de Funcionalidad). Todos estos modelos serán descritos en detalle más adelante.

Argentina comparte con muchos de los países de la región de Latinoamérica la situación de tener una gran cantidad de regulaciones legales o administrativas sobre discapacidad, en ámbitos amplios como trabajo, educación, seguridad social, salud, etc. También comparte, como veremos cuando analicemos comparativamente varios países de la región, un importante desfasaje entre la existencia de normativas y su aplicación en la práctica. Concretamente: un importante nivel de incumplimiento de las normativas vigentes en el país.

Argentina ha suscripto en la última década dos importantes convenciones de derecho internacional sobre discapacidad, una regional y una internacional. En 2000 incorporó al derecho interno mediante la ley 25.280 la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala en 1999 y en el año 2008 mediante ley 26.378 incorpora la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de la ONU (2008), que tiene además la particularidad de ser la primera Convención de derechos Humanos del siglo XXI. De esta última además suscribe el Protocolo Facultativo.

La suscripción de ambas convenciones nos obliga a analizar si estas

normas tendrán los mismos problemas para su entrada en vigencia real como las leyes mencionadas y en su caso, cuál sería el marco de progresividad que se necesitaría para la entrada plena en vigencia de ambos instrumentos internacionales. No nos cabe duda que resulta necesario realizar un previo análisis crítico de la situación normativa del país en materia de discapacidad, compararla con la de otros países y realizar una propuesta de organización posible que permita evaluar la situación de Argentina con el horizonte puesto, principalmente, en la vigencia de la CIDPCD ley 26.378 desde el año 2008. Este trabajo se dispone a investigar sobre las posibilidades de dicha propuesta y su viabilidad en un sistema federal como el de nuestro país.

¿Por dónde deberíamos empezar para analizar el futuro de una Convención Internacional que interpela desde su origen no solo a la ley vigente en nuestro país, ya que el artículo 4 exige la adecuación de las normativas locales a la misma, sino a los actores, principalmente los gobiernos y el poder judicial de un país con larga tradición en Derechos Humanos, pero con una costumbre aún no erradicada de incumplimiento sistemático a los compromisos asumidos precisamente con las personas con discapacidad?

En principio, analizando si existe un compendio normativo organizado de la discapacidad en Argentina y cuál es el estado de situación a 2009. Este abordaje lo hacemos en la primera parte de la tesis. Esta parte se complementa con el informe sobre la situación normativo-política de varios países de la región a fin de sustentarla afirmación sostenida respecto a que buena parte de dichos Estados se encuentran en una situación de desarrollo normativo similar a nuestro país.

Luego corresponde describir como fue interpretado por los tribunales y por el ámbito administrativo de nuestro país ese cuerpo normativo a lo largo de los años, con el corte en el año 2009, pero agregando a modo ilustrativo, los primeros intentos sobre todo de los jueces nacionales y provinciales y del Congreso nacional de aplicación de la CIDPCD desde su vigencia en mayo de 2008.

Por último, describimos que cambios y como pueden proponerse, a la legislación nacional para adecuarla al Derecho Internacional como lo establece la CIDPCD, en forma inmediata y a mediano y largo plazo. En este punto cabe hacer la aclaración que se trataría de una proyección posible con las herramientas de análisis con las que hoy contamos y en el marco de los probables modos de abordaje de acuerdo a la idiosincrasia e historia de nuestro país.

En el presente artículo se extraen dos partes de dicho trabajo. La primera consta del análisis de los modelos vigentes a lo largo de la historia de la discapacidad, mientras que la segunda analiza de acuerdo a la metodología F.O.D.A. (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) el campo de la discapacidad en la Argentina.

2. El modelo de Prescendencia

En el desarrollo de los tres modelos de abordaje de la discapacidad que siguen, tomamos la descripción minuciosa y en nuestro entender adecuada, que realiza la Dra. Agustina Palacios en la excelente obra citada en la bibliografía, y que responde, a un modelo jurídico de acercamiento al campo de la discapacidad, descartando las citas que la autora menciona a fin de hacer la lectura y percepción de los tres modelos mas clara a los fines de esta tesis, que puede consultarse en el texto original.

Terminamos con un mínimo desarrollo del modelo de la encrucijada de Brogna (2009), desde el abordaje de la sociología, que lleva a este campo del saber una observación similar, desde otro punto de vista, al de la Dra. Palacios ayudándonos a entender además que estos modelos distan de ser sucesivos y excluyentes, para ser contemporáneos y simultáneos. Un primer modelo histórico, que se podría denominar de prescindencia, en el que se considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que, por lo desgraciadas, sus vidas no merecen la pena de ser vividas. Como consecuencia de dichas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres. Dentro de este modelo pueden distinguirse a su vez dos especies de paradigmas o submodelos, que si bien coinciden en los presupuestos respecto del origen de la discapacidad, no se ajustan en cuanto a sus consecuencias o características primordiales. Estos son:

a) El submodelo eugenésico, que podría ser situado a modo ilustrativo en la antigüedad clásica. Tanto la sociedad griega como la romana, basándose en motivos religiosos y políticos, consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños con deficiencias. En primer lugar, la explicación respecto de las causas que daban origen a la discapacidad era religiosa: el nacimiento de un niño con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres en el caso de Grecia, o una advertencia de que la alianza con los Dioses se encontraba rota en el caso de Roma. Ello, unido a la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena de ser vivida, sumada a la consideración acerca de su condición de carga —para los padres o para el resto de la comunidad—, originaba que la solución adoptada por el submodelo bajo análisis fuera prescindir de las personas con deficiencias, mediante el recurso a prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños.

b) El submodelo de marginación. Aunque muchas de las características definitorias de este submodelo son una constante histórica, un ejemplo que puede resultar ilustrativo puede encontrarse en el tratamiento brindado a las personas con discapacidad durante la Edad Media, en donde se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres y los marginados, y signadas por un destino marcado esencialmente por la exclusión. Si bien las explicaciones religiosas medievales fueron diferentes de las alegadas por los antiguos, e incluso dentro del cristianismo se presentarían de manera fluctuante, el poder de Dios o la consecuencia del pecado original, o como obra del diablo desde la creencia supersticiosa; el hecho de considerar a la deficiencia como una situación inmodificable originaba que debiera ser aceptada con resignación.

Los encargados de diagnosticar diferencialmente si un comportamiento extraño era un proceso natural o uno diabólico eran el médico y el sacerdote, aunque no olvidemos que en muchas ocasiones el peritaje médico se encontraba supeditado a la lógica teológica. El rasgo principal que caracteriza a este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerar-

Tabla 1

Resumen del Modelo de Presidencia

Características:

- Justificación religiosa de la discapacidad (Diversidad funcional asimilada al pecado)
- Consideración respecto a que la PCD no tiene nada que aportar a la sociedad.

Submodelos:

- Eugenésico: La PCD es un ser cuya vida no merece ser vivida. Exterminio como solución (infanticidio).
- Marginación: Exclusión social de la PCD como objeto de compasión, o por temor, o por rechazos por considerarlas objeto de maleficios o advertencia de un peligro.

Fuente: Elaboración propia

las objeto de maleficios o como advertencia de un peligro inminente. Es decir, que —ya sea por menosprecio ya sea por miedo, **la exclusión** parece ser la respuesta social que genera mayor tranquilidad. Así, a diferencia del submodelo eugenésico, ya no se comente infanticidio, aunque gran parte de los niños con discapacidad mueren como consecuencia de omisiones, ya sea por falta de interés y recursos, o por invocarse la fe como único medio de salvación. En cuanto a los que subsisten o a los mayores, la apelación a la caridad, el ejercicio de la mendicidad y ser objeto de diversión, son los medios de subsistencia obligados.

3. El Modelo Rehabilitador o Médico Hegemónico:

El segundo modelo es el denominado rehabilitador. Desde su filosofía se considera que las causas que dan origen a la discapacidad son *científicas*. Desde este modelo las personas con discapacidad ya no son consideradas innecesarias, pero siempre en la medida en que **sean rehabilitadas**. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este paradigma es **normalizar** a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. El principal «problema» pasa a ser, entonces, la persona, o mejor dicho, sus limitaciones, a quien es imprescindible rehabilitar psíquica, física o sensorial mente.

Los primeros síntomas del modelo rehabilitador datan de los inicios del Mundo Moderno. Sin embargo, la consolidación del modelo mismo, sobre todo en el ámbito legislativo, puede ser situada en los inicios del siglo XX, al finalizar la Primera Guerra Mundial. Las causas que dieron origen a su plasmación podrían ser resumidas muy brevemente: la guerra y los accidentes laborales. Relata Jacques Stiker que, al finalizar la Primera Guerra Mundial, quedaron heridos de por vida un número alarmante de hombres. Estas personas fueron denominadas mutilados de guerra sobre la base, y a fin de distinguirlas, de aquellas discapacitadas por accidentes laborales. El mutilado era una persona a quien le faltaba algo, ya fuera un órgano, un sentido o una función. De este modo, la primera imagen presentada por este cambio en la terminología fue la de daño, la de perjuicio. La sensación era que la guerra se había llevado algo que se debía reemplazar. Fue así como en este momento la discapacidad comenzó a ser relacionada con los heridos de guerra y comenzó a ser vista como una insuficiencia, una deficiencia a ser erradicada. En el plano del Derecho, en un primer momento esto significó la implementación de políticas le-

gislativas destinadas a garantizar servicios sociales para los veteranos de guerra con discapacidad, que reflejaba de algún modo la creencia acerca de la existencia de una obligación por parte de la sociedad, de compensar a estas personas mediante pensiones de invalidez, beneficios de rehabilitación y cuotas laborales.

No obstante, por los años sesenta dichas medidas fueron extendidas a todas las personas con discapacidad, dejándose de lado la causa de las deficiencias. El objetivo pasó a ser, entonces, rehabilitar a las personas, con independencia del origen de las deficiencias. En dicho proceso de recuperación o «normalización», y a dichos fines, los contenidos o herramientas esenciales pasaron a ser la educación especial, los beneficios de rehabilitación médica y vocacional, las cuotas laborales y los servicios de asistencia institucionalizados. De este modo, las personas con discapacidad recibían beneficios de los servicios sociales porque la discapacidad se veía exclusivamente como un problema individual de la persona, quien no era capaz de enfrentarse a la sociedad. Los niños con discapacidad tenían derecho a la educación, pero en escuelas separadas, las personas con discapacidad tenían derecho a la rehabilitación, pero ello incluía el control de muchas áreas de sus vidas por parte de los expertos, las medidas de acción positiva se introdujeron porque —a diferencia de otros grupos protegidos— no se consideraba que las personas con discapacidad fueran capaces de trabajar por sus propios méritos.

Las medidas descritas pueden ser fácilmente contextualizadas y comprendidas si se tiene presente que desde el modelo rehabilitador se considera a la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, accidente, o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. En consecuencia, el tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir **la cura, o una mejor adaptación** de la persona, o un cambio en su conducta.

De este modo, desde el punto de vista jurídico, la discapacidad es abordada exclusivamente dentro de la **legislación de la asistencia y seguridad social, o como parte de ciertas cuestiones del derecho civil relacionadas con la incapacitación y la tutela**. La atención sanitaria

se considera la materia fundamental, y en el ámbito político, la respuesta principal es la modificación y reforma de la política de atención a la salud. Si bien ha significado en su momento un avance importante en el ámbito del reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad, el modelo rehabilitador es criticado por diversas razones. Fundamentalmente, en cuanto a su justificación teórica, se censura que el éxito de la integración que se persigue, si bien depende de una variedad de estrategias de asimilación, denota la existencia de una perturbada ideología, a la que Sticker denomina: el ideal social de la goma de borrar —the social ideal of erasure—. El pasaporte de la integración, pasa a ser de este modo la desaparición, o mejor dicho el ocultamiento de la diferencia. Ello se debe a que la persona con discapacidad se considera desviada de un supuesto estándar de normalidad.

Sin embargo, no debe olvidarse que, como expresa Courtis, la configuración de lo estándar no es neutra, sino que se encuentra sesgada a favor de los parámetros físicos y psíquicos de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante. De este modo, si se sitúa una oficina gubernamental en un tercer piso sin ascensor se asume que todo usuario se encuentra en condiciones de subir una escalera, creándose de este modo barreras a través de un entorno hostil. Precisamente es esto último, es decir, la incidencia de factores sociales en la creación del fenómeno mismo, lo que se tiene presente desde otro modelo de acercamiento al fenómeno de la discapacidad, que se pasa a describir.

4. Modelos de la Construcción Social de la Discapacidad

Finalmente, un tercer modelo, denominado social, es aquel que considera que las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son preponderantemente sociales; y que **las personas con discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de personas**, sin discapacidad, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas, en ciertos aspectos, diferentes. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los **derechos humanos**, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la **inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil**, entre otros.

Asimismo, apunta a la **autonomía** de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

Esencialmente, el modelo social se ha originado, desarrollado y articulado, a partir del rechazo a los fundamentos expuestos desde el modelo que le precede. Precisamente, uno de los presupuestos fundamentales del modelo social radica en que las causas que originan la discapacidad no son individuales, como se afirma desde el modelo rehabilitador, sino que son preponderantemente sociales. Según los principios de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del fenómeno, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social.

Tabla 1

Resumen del Modelo Rehabilitador o Médico Hegemónico

Características:

- Las causas de la discapacidad pasan de religiosas a científicas (la diversidad funcional se habla en términos de salud o enfermedad).
- Las PCD ya no son inútiles, pueden aportar en la comunidad, pero a condición que sean “rehabilitadas” o “normalizadas”.
- Fortalecimiento de la “educación especial” (dirigida a las capacidades “residuales”) y de la “rehabilitación” y con ello de la INTTUCIONALIZACION y el empleo protegido.
- Identificación de diversidad funcional con enfermedad.
- La Asistencia social pasa a ser el principal medio de subsistencia de las PCD.
- Excesivo énfasis en el diagnóstico clínico (el problema aparece cuando el medico no solo determina el diagnóstico clínico, sino la forma de vida de la PCD)

Fuente: Elaboración propia

Es posible situar el nacimiento del modelo social, o al menos el momento en que emergen sus primeros lineamientos, a finales de la década de los años sesenta o principios de la del setenta del siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra. Hasta dicho momento, en las sociedades occidentales la discapacidad venía siendo considerada como el resultado exclusivo de las limitaciones individuales de una persona, que implicaba una tragedia personal para el afectado o afectada, y un problema para el resto de la sociedad. No obstante, desde finales de la década de los años sesenta, dicha consideración ortodoxa comenzó a ser el blanco de campañas a través de Europa y Estados Unidos. Las personas con discapacidad, en particular aquellas que vivían en instituciones residenciales, tomaron la iniciativa de buscar sus propios cambios políticos.

De este modo, los activistas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad se unieron, reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que, según alegaban, discapacitaban a las personas con deficiencias. Así fue como la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones abrió un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria.

Ello surgió inicialmente en Estados Unidos, donde ha existido una larga tradición en campañas políticas basadas en los derechos civiles. En la materia que nos ocupa, hubo un considerable refuerzo en las luchas por los derechos civiles de los años sesenta, que fueron teniendo influencia en las actividades de las organizaciones de personas con discapacidad. Esto acentuó, entre otras cuestiones, el apoyo mutuo, la desmedicalización, y los procesos de desinstitutionalización.

Por otro lado, el movimiento de personas con discapacidad en el Reino Unido ha perseguido generar cambios en la política social o en la legislación de derechos humanos. De este modo, la prioridad estratégica ha sido realzar la existencia de los sistemas patrocinados por el Estado de bienestar para cubrir las necesidades de las personas con discapacidad. Así, en el Reino Unido, las organizaciones de personas con discapacidad movilizaron inicialmente la opinión contra su categorización tradicional como un grupo vulnerable necesitado de protección. Sostenían el derecho a definir sus propias necesidades y servicios prioritarios, y se proclamaban contra la dominación tradicional de los proveedores de servicios.

Estas iniciativas internacionales han tenido importantes repercusiones en las políticas posteriores sobre las cuestiones que involucran a la discapacidad. Si se considera entonces, tal como postula este modelo, que las causas que originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona, sino más bien que deben encontrarse dirigidas hacia la sociedad.

De este modo, mientras el modelo anterior se centra en la rehabilitación o normalización de las personas con discapacidad, este modelo social propone y fundamenta la rehabilitación o normalización de una sociedad, que sea pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas. En términos generales, el tratamiento social del que son objeto las personas con discapacidad se basa en la **búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades**. A dichos fines se corresponden en tanto una serie de medidas, entre las que se destacan la **accesibilidad universal**, el diseño para todos y la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, entre otras.

Conforme a esta idea, los niños con discapacidad deben tener las misl)

Tabla 3

Resumen de Modelo del Modelo Social de la Discapacidad

Presupuestos fundamentales del modelo

- Las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas sino sociales, o al menos, preponderantemente sociales.
- Las PCD tiene mucho que aportar a la sociedad, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad
- Estos aportes de las PCD están íntimamente relacionados con la inclusión y la aceptación de la diferencia..

Supuestos de partida

- Movimiento de vida independiente (Ed Roberts. Alumno con discapacidad ingresa en Berkeley, California).
- Las PCD son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural.
- Distinción entre “deficiencia” y “Discapacidad” (como construcción cultural, relativa, que varía según los contextos históricos y sociales).
- El objetivo del modelo social es el cambio de la sociedad y no de las personas.
- La manera de abordaje de la educación (inclusiva) es esencial.

Orígenes del modelo: EEUU e Inglaterra, década de 1960

- Movimiento de vida independiente (Ed Roberts) Alumno con discapacidad ingresa en Berkeley, California).
- Las PCD son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural.
- Distinción entre “deficiencia” y “Discapacidad” (como construcción cultural, relativa, que varía según los contextos históricos y sociales).
- El objetivo del modelo social es el cambio de la sociedad y no de las personas.
- La manera de abordaje de la educación (inclusiva) es esencial.

Modelo de abordaje desde la educación

- Educación inclusiva no es modificación de la organización de la escuela, sino un cambio en la “ética” de la escuela.
- No se requiere que los maestros adquieran nuevas habilidades, sino que se necesita un compromiso.
- No alcanza con aceptación de la diferencia, sino con la valorización de la diferencia.
- Necesidad de compromiso moral con la inclusión de todas las personas en un mismo modelo educativo, como parte de un compromiso mas amplio que aspira a la inclusión de todas las personas dentro de la sociedad.

Fuente: Elaboración propia

mas oportunidades de desarrollo que los niños sin discapacidad, y la educación debe tender a ser inclusiva, adaptada a las necesidades de todos, como regla, reservándose la educación especial como última medida y para casos muy extremos. En cuanto a los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad, el modelo bajo análisis plantea como medios idóneos a la seguridad social y el trabajo ordinario, y sólo excepcionalmente se acepta el protegido. De todos modos, cabe resaltar que la connotación que tenía el trabajo como medio exclusivo de inte-

mento cultural normativo. Y es en la confluencia de estos tres elementos en donde cada sociedad (en un tiempo y espacio específico) “determina quién será un discapacitado y cómo deberá ser tratado”. Este modelo de la encrucijada resulta una útil forma de abordar una mirada distinta de la discapacidad en el nuevo paradigma de construcción social de la discapacidad”.

Según el Modelo de la encrucijada hay tres elementos que se interrelacionan para conformar la discapacidad como situación y posición social y que se conjugan para la protección, promoción y garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad:

1. La particularidad biológica y de conducta de una persona.
2. La organización económica y política.
3. La cultura y la normatividad de la sociedad en la que viven las personas con discapacidad.

La particularidad biológica y de conducta queda vinculada actualmente a la noción de déficit, de disfuncionalidad en relación con una norma, a un único modo concebido socialmente como “normal” de ser o hacer. Esta particularidad “hace referencia a una enorme variedad de deficiencias de funciones o estructuras corporales, etiologías (de causas adquiridas o congénitas), duración (permanentes, progresivas, transitorias), gravedad (leves, moderadas, severas), etc., que se combinan de los más variados modos y hacen imposible definir un “tipo único” de discapacidad.

La organización económica y política queda determinada por la relación entre el tipo de organización económica y política de una sociedad en un tiempo y espacio determinado, con el modo en que se significarán y tratarán cada tipo de particularidad biológica y de conducta de una persona.

Con respecto a cultura y normatividad, se pueden dar dos supuestos en esta desarmonización: uno es cuando surgen cambios en las normas para que se adecuen a los cambios culturales y otro, cuando se hacen evidentes las contradicciones y ambigüedades entre la una y las otras, sin que se produzca ningún cambio.

La discapacidad, desde la perspectiva que propone el Modelo de la encrucijada, es una construcción teórica compleja en la que los tres elementos que menciona dicho modelo se determinan unos a otros y no pueden analizarse por separado sino en su interrelación.

Ambos modelos abordan la comprensión del campo de la discapacidad desde dos miradas distintas: El primero desde lo jurídico y el segundo, desde la sociología a través de la construcción de un modelo de comprensión de la discapacidad.

5. Íntesis sobre la situación de la discapacidad en el periodo analizado, con énfasis en el año 2009

Del análisis de la información reseñada, podemos extraer un análisis de la situación del campo de la discapacidad desde la vigencia del periodo que llamaríamos normativo inicial (entre la vigencia de la ley 22.431 y la ley 24.901 en 1998), al periodo de fortalecimiento de la obligación jurídica legal (que entendemos desde la vigencia de la ley 24.901 y todas sus leyes y normas derivadas hasta la vigencia de la CIDPCD – Ley 26.378 en el año 2008).

La aparición de la ley 26.378 implica el inicio del periodo que llamaría-

mos de los derechos humanos, ya que la CIDPCD instala fuertemente esta impronta para el campo de la discapacidad a partir de su vigencia. Esto no empuja a que ley 25.280 del año 2000, que incorpora la figura de la discriminación por causa de discapacidad en la Convención de la O.E.A, haya estado vigente al menos 8 años antes que la Convención de la O.N.U., aunque pese a ello no haya alcanzado localmente la impronta de la primera convención de derechos humanos del siglo XXI. Es muy probable que ello se haya debido a una circunstancia histórico-política especial, ya que la ley 26.378 fue incorporada en un periodo político de gobiernos con una fuerte postura en defensa de los Derechos Humanos, ya incluso manifestada claramente en el Decreto 1085/2005. Durante el año 2005, el poder ejecutivo nacional promulga este decreto llamado “Hacia un plan nacional contra la discriminación” donde se realizan un amplio diagnóstico de la situación de la discriminación en Argentina (el decreto tiene en el anexo I el texto del plan de 263 paginas) y se evalúan el diagnóstico y una serie de propuestas, respecto a las personas con discapacidad (el plan denomina al colectivo como “Necesidades especiales”). El Plan Nacional contra la Discriminación toma a la Convención interamericana como el fundamento principal de derecho internacional sobre discapacidad y elabora algunas directrices sobre diagnóstico y propuestas para este colectivo. Este plan, que se trabajó desde 2001 en base a las conclusiones de la Conferencia de Durban significó una innovación en cuanto al reconocimiento por parte del Estado respecto del estado de situación de la discriminación, incluyó propuestas de trabajo y demostró ser una buena herramienta para la elaboración de posteriores políticas públicas (incluso muchos de sus compromisos, como la ley de violencia contra la mujer y la ratificación del protocolo CEDAW, entre otros, fueron cumplidos).

En resumen, se describirá a través de la técnica FODA, el estado de situación del campo de la discapacidad, primero desde el sistema único de la ley 24.901 (ya que el mismo ha tenido a la fecha casi 15 años de vigencia) y luego se agregarán a modo de descripciones y propuestas, las posibles consecuencias y aportes de la CIDPCD ley 26.378 en los pocos años de vigencia que ha tenido hasta la actualidad, con una proyección a futuro, tomando como parámetro el desarrollo a lo largo del tiempo de otros tratados internacionales, como la Convención de Derechos del niño o la Convención de derechos de la Mujer (CEDAW). Nuevamente y en el marco de esta tesis, el análisis se realiza con énfasis en el campo de salud, aunque se evalúan además otros espacios de relación con el mismo.

6. Análisis F.O.D.A del campo de la discapacidad en Argentina

Fortalezas:

- Estructura Jurídica organizada. Federalización (jurisdicción nacional) de una importante cantidad de leyes. Sistema de Financiación previsto por la ley 24.901
- Acreditación y categorización de los servicios de prestadores desde la creación del sistema único en base a una forma de evaluación uniforme.
- Muchos financiadores del sistema, principalmente obras sociales de la ley 23.660, INSSJP y PROFE.
- Impacto en el mercado de Empresas de Medicina Prepaga y en las OOS fuera del sistema de la ley 23.660.

- Existencia de normativa de encuadre de rango superior. Ej.: Tratados internacionales, Constitución nacional y provinciales, leyes y decretos.

Debilidades:

- Atomización de los beneficiarios en distintos agentes del seguro distribución muy desigual de los mismos lo que dificulta las políticas para discapacidad.
- El Nomenclador fue hecho sobre la base de una categorización arancelaria realizada por el INSSJP y no por niveles de resolución de los prestadores, no estimula la mejora del servicio.
- No existe articulación de prestadores, por ejemplo en cámaras empresariales, que posibilite la economía de escala.
- El sistema único incluye prestaciones que el Sector Salud resiste porque no cumplió con la formación de los equipos interdisciplinarios del artículo 11 de la ley 24.901 (Ej.: Educación)
- Poco control de las prestaciones: Las Obras Sociales casi no realizan auditorías de las Instituciones prestadoras. Tampoco la SSSalud.
- No se logró que la discapacidad fuera un tema de interés del sistema.
- Irregular distribución nacional de los prestadores, sin control estatal.
- Ausencia del Estado Nacional, provincial y municipal que impulse políticas adecuadas para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Pérdida de poder político real de los organismos específicos del campo de la discapacidad (Ej: CONADIS o COPINE, actualmente denominada COPIDIS) y dependencia del poder político.

Oportunidades:

- Aprobación de la ley 26.378 en 2008 que incorpora la CIDPCD.
- Importante cantidad de países se incorporan a la Convención en un período corto de años.
- La jurisprudencia ha receptado positivamente a la Convención.
- El crecimiento importante del abordaje de los derechos humanos a nivel local y mundial permiten esperar una recepción positiva de la CIDPCD.
- El lobby de las PCD y las organizaciones de PCD y el nacimiento de redes de organizaciones creció desde la discusión de la Convención lo que ha permitido una mejor visibilización de los derechos de las mismas.

Amenazas:

- Mantenimiento de una fuerte resistencia del sistema de salud a la ley 24.901 y actualmente a la CIDPCD e intentos de eliminar la misma.
- Poder de lobby del sistema de salud contra la vigencia efectiva de los derechos que surgen de este campo de la discapacidad.
- Poca capacitación de los legisladores y funcionarios públicos, lo que estimula el asistencialismo no permitiendo avanzar en el nuevo paradigma.
- Aumento en la incorporación de normativas sobre discapacidad no proporcional a la percepción de que las mismas serán cumplidas. Pocas de ellas tienen sanciones ante el incumplimiento, estableciéndose una cultura política negativa respecto al cumplimiento de las mismas.

Reflexiones finales:

- Necesidad de una firme recuperación del Estado como árbitro y como interlocutor efectivo para garantizar la existencia de políticas de estado que garanticen los derechos de las PCD que el propio estado suscribe internacionalmente.
- Necesidad de incorporación de financiamiento en el presupuesto nacional, a través de aportes e impuestos nacionales, recaudados específicamente para el desarrollo de políticas de Estado.
- Incorporar al Sector Educativo y del Trabajo, entre otros, a los organismos de control profundizando a la discapacidad como una propuesta política integral, transversal y de todo el estado.
- Necesidad de empoderar a los organismos de control para la elaboración, cumplimiento y promoción de políticas de Estado (Ej. Ministerios, Conadis, etc.).
- Impulso de la investigación en discapacidad en la Universidad y en el Estado.
- Necesidad de impulsar el cumplimiento progresivo y sistemático de la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad de la O.N.U.
- Integrar a la discusión sobre la discapacidad distintas áreas gubernamentales (no solo las relacionadas con Salud) e incentivar la participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones de la sociedad civil en todas las políticas y todos los programas que los involucren.

Bibliografía

- AUGÉ, Marc y COLLEYN, Jean Paul: "Que es la antropología", Paidós, Argentina, 2006
- BARTON, Len (comp.): "Superar las barreras de la discapacidad", Ediciones Morata, Madrid, 2008
- BROGNA, Patricia (comp.): "Visiones y revisiones de la discapacidad", Fondo de Cultura Económica, México, 1era edición, 2009.
- FOUCAULT, Michel: "Historia de la locura en la época clásica", 2 tomos, Breviarios del Fondo de Cultura Económica", 2006 (cualquier reimpresión).
- LE BRETON, David: "Antropología del cuerpo y modernidad", Nueva Visión, 3era Reimpresión 2006, Buenos Aires.
- PALACIOS, Agustina: "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad", CERMI- Ediciones CINCA, 1era edición, Octubre de 2008.
- PANTANO, Liliana: "La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y propuestas", EDUDEBA, Buenos Aires, 1993
- ROSALES, Pablo O. Y otros. "Discapacidad", Edit. Jurisprudencia Argentina, Nro. Especial, J.A. 2002-II, Fascículo 1, 4/4/2002.
- ROSALES, Pablo O. Nota: "La declaración de constitucionalidad de la ley 24.754 en la jurisprudencia reciente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación", J.A. Nro. 6255, 18/7/2001, Suplemento especial- Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, p.34.
- ROSALES, Pablo Oscar y VILLAVERDE, María Silvia: "Salud sexual y procreación responsable. Desde una perspectiva de derechos humanos y con enfoque de género. Estudio de la ley 25.673, normativa nacional, provincial y comparada", Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1era edición 2008.