



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINED
Un Ministerio en la Comunidad



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

unicef
para cada niño



MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN INCLUSIVA

Modelo Social y Políticas de la discapacidad 2021

"No estoy debajo de lo normal, ni valgo menos, ni soy menos capaz, solo funciono de manera diferente."

Anónimo



India-UN Development
Partnership Fund



United Nations
Office for South-South Cooperation

Créditos

COORDINACIÓN TÉCNICA:

Mario Antonio Gómez Picón

Director del Departamento Docente de
Fisioterapia POLISAL – UNAN Managua.

Ligia Mercedes Pasquier Guerrero

Responsable de Posgrado
POLISAL – UNAN Managua.

Zuleyca Adriana Suarez Dávila

Coordinadora Académica del programa
Maestría de Discapacidad con énfasis en
educación inclusiva

ELABORADO POR:

Willian Barquero Morales

Catedrático
Curso 1: Modelos sociales y políticas de la
discapacidad
Módulo I: Abordaje de la discapacidad
Maestría de Discapacidad con énfasis en
educación inclusiva

REVISIÓN Y APORTES TÉCNICOS.

Jorge Luis Hernández

Especialista en Educación
UNICEF Nicaragua

Abril 2021, UNAN /UNICEF Nicaragua

Este documento se elaboró gracias al apoyo técnico y financiero de UNICEF, en el marco de la implementación del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades institucionales para la inclusión exitosa de los niños y niñas con discapacidad en el sistema educativo” ejecutado por el MINED y UNICEF; así como en la implementación del Acuerdo de Cooperación del Programa con la UNAN Managua establecido para la estrategia de voluntariado y asistencia técnica al programa de Educación de UNICEF.

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN INCLUSIVA

**Modelo Social
y Políticas
de la discapacidad
2021**

Contenido

I. Introducción	3
II. Objetivos	4
III. Metodología	5
IV. Evaluación	7
V. Desarrollo del Módulo	8
VI. Desarrollo	9
Tema 1: Modelo social de la Discapacidad	9
ODS y la discapacidad	9
Características de la d Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Revista española de salud pública, 76, 271-279.iscapacidad en América Latina.	15
Modelo social y derechos humanos	15
Tema 2: Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF).	25
VII. Bibliografía	36

I. Introducción

Los derechos humanos de la población con discapacidad, en la moderna concepción, deben estar dirigidos a equilibrar el acceso al ejercicio pleno de sus derechos y oportunidades en una sociedad dentro de la cual puedan desarrollar libremente y con dignidad sus propios planes y proyectos de vida.

El modelo social de la discapacidad se presenta como nuevo paradigma del tratamiento actual de la discapacidad, con un desarrollo teórico y normativo; considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta nueva perspectiva, se pone énfasis en que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás, pero siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso

Por tanto, relacionarlo con los valores esenciales que fundamentan los derechos humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad, que propician la disminución de barreras y dan lugar a la inclusión con énfasis en inclusión educativa de las personas con discapacidad.

En las últimas décadas estamos viendo un desarrollo importante, que va en ascenso, en los cambios que se están produciendo en nuestras sociedades respecto a las personas con discapacidad. Cambios, que se notan en todos los ámbitos, han transformado en el propio modelo en que se estructura la forma de percibir y tratar a las personas con discapacidad en nuestra sociedad, pasándose de lo que se conoce como modelo rehabilitador al actual modelo social.

El programa es el primero de la maestría, ya que en este se sustentan la epistemología del modelo social de la discapacidad y por la cual se desarrolló la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la discapacidad y estados de salud (CIF) cuenta con un total de 110 horas del curso, 44 presenciales, 66 horas prácticas y 5.1 créditos.

II. Objetivos

- ▶ Comprender las políticas y recursos existentes para promover la inclusión educativa de las personas con discapacidad.
- ▶ Adquirir los conocimientos teóricos básicos de la educación inclusiva en base a las nuevas herramientas en clasificación de discapacidades.
- ▶ Analizar el modelo social de la discapacidad en relación a la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad. (CIF)
- ▶ Valorar la importancia de los distintos modelos sociales de la discapacidad y la CIF.

III. Metodología

El curso se desarrollará en el marco del modelo educativo de la UNAN- Managua, con un enfoque integral que promueve un aprendizaje significativo, pertinente y relevante, incluyendo los tipos de aprendizaje (aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser, aprender a emprender y aprender a crear).

De primera instancia se llevará a cabo la estrategia del SQA (lo que se, lo que quiero saber, lo que aprendí), lo que permitirá la comprensión de los maestrantes en relación al tópico del módulo.

Para la primera temática se planteará el análisis de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, del Plan Nacional de Desarrollo Humano y las políticas de país en relación a la discapacidad, el cual se da mediante la lectura comprensiva, posterior se desarrolla lluvia de ideas las que se verán reflejadas mediante mapas mentales; seguidamente, se llevará a cabo análisis del modelo social de discapacidad, y se complementará mediante el análisis de videos, a su vez, se lleva a cabo seminario expositivo de este tema, para la consolidación del conocimiento de este proceso también se elaborará un ensayo sobre el modelo social de la discapacidad bajo la metodología de investigación social bajo una revisión documental.

Para la segunda temática, se realizará lectura comprensiva de las generalidades y perspectivas de los componentes de la CIF, seguidamente se crea mapa mental mediante organizadores gráficos. Para la consolidación del aprendizaje, se realizará la estrategia del dominó y/o rompecabezas, estas dos últimas estrategias permiten el trabajo colaborativo, enfatizando en la independencia y la responsabilidad individual.

Por último se lleva a cabo un Aprendizaje Basado en Problema (ABP), mediante la elaboración de una guía basada en la CIF, específicamente en el modelo del funcionamiento y de la discapacidad, haciendo énfasis en un documento que pueda integrar la interacción entre los componentes de la CIF.

Asimismo, se pretende fomentar actitudes y valores como el trabajo en equipo, la comunicación y la tolerancia. Permitiendo de esta forma, reflexionar sobre estos campos desde la praxis profesional y como estos son aplicados en el diario vivir, aportando significativamente al modelo de salud familiar y comunitario de país.

Todas las estrategias planteadas están orientadas para que el alumno permita integrar en su desarrollo la investigación, interpretación, argumentación y resolución de problemas desde un enfoque de pensamiento crítico y creativo, facilitando la participación del estudiante en escenarios relevantes que facilite la conexión entre la teoría y su quehacer. También se proponen lecturas de carácter obligatorio (y complementario) que aborden los objetivos propuestos de cada Unidad Temática.

Los recursos didácticos a utilizar durante el proceso de formación son: equipo de proyección, parlantes, marcadores permanentes y acrílicos, papelógrafos, tape, internet y pizarra acrílica.

El módulo concluirá con un trabajo final obligatorio, cuya modalidad contempla la el integrar el ensayo elaborado, formulario elaborado durante la durante el primer tema y el segunda temática ya mejorados, siguiendo las pautas de una publicación científica. Al momento de indicar las recomendaciones metodológicas se debe tener presente que estas tienen estrecha relación con los objetivos o competencias del programa de curso, los temas y subtemas.

IV. Evaluación

De acuerdo a la normativa vigente de post grado, en su evaluación en su artículo 80, establece que la evaluación de los cursos de un programa será integral, sistemática y científica, centrada en los tipos de evaluación predominantes: diagnóstica, formativa y sumativa, pero con énfasis en la evaluación formativa y el desarrollo de competencias.

Según el Artículo 82.- El sistema de calificación en los cursos de posgrado es cuantitativo, de 0 a 100 puntos y la calificación mínima para aprobar es 80. La escala valorativa numérica es la siguiente: A 100-90 Excelente B 80-89 Muy Bueno C 70-0 Reprobado.

Tabla 1. Tabla de estrategias y tipos de evaluación del curso.

ESTRATEGIA	TIPO DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
SQA	Diagnóstica	Formativa
Mapa mental	Colaborativa	Formativa
Domino y/o Rompecabezas	Colaborativa	Formativa
Seminario expositivo tema 1	Sumativa	20%
Ensayo	Sumativa	20%
Resumen CIF	Sumativa	20%
Guía CIF del funcionamiento y de la discapacidad. (Producto del Modulo)	Sumativa	20%
Ensayo y Guías mejoradas	Sumativa	20%

Fuente: Elaboración propia.

Según el artículo 79 si el estudiante reprueba el módulo, tendrá la oportunidad de realizar un examen especial para aprobarlo, la nota mínima para aprobarlo será 80 puntos. Podrá llevar el curso reprobado por tutoría o en la siguiente cohorte del programa por única vez. Los gastos económicos generados los asumirá el estudiante, de acuerdo con lo que estipule el programa.

V. Desarrollo del Módulo

Tabla 2. Planificación didáctica del módulo.

Semana	Fecha	Actividades	Estrategias de enseñanza	Forma de Evaluación
1	23 abril	Generalidades del Curso ODS y la discapacidad.	Palabra clave Lectura comprensiva El cartel	SQA
	24 abril	Características de la discapacidad en América Latina.	Rompecabezas (dinámica) Seminario expositivo	Rúbrica
2	07 mayo	Modelo social y derechos humanos	Concordar y Discordar Foro debate	
	08 mayo	Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad	Ensayo	Rúbrica
3	21 mayo	Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad	Seminario Resumen	Rúbrica
	22 mayo	Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad	Seminario Expositivo	Rúbrica

Fuente: Elaboración propia.

VI. Desarrollo

Tema 1: Modelo social de la Discapacidad

Introducción

El modelo de atención en salud se viene transformando cada día más, las corrientes epistémicas se transforman a un modelo social, por tanto, se ve una modificación de conceptos y formas de pensamiento de un modelo biomédico a un modelo social que integra las realidades y cosmovisiones sociales, permitiendo la transformación de la misma hasta la integración de los actores sociales en este contexto.

Hablar de estas transformaciones sociales nos conduce a realizar una reflexión de agendas globales, tales como como son, los objetivos de desarrollo sostenible. Estos son adoptados por las Naciones Unidas en 2015, contienen la agenda global más ambiciosa aprobada por la comunidad internacional para movilizar la acción colectiva en torno a objetivos comunes. Si bien se proponen luchar contra la pobreza extrema, integran y equilibran tres dimensiones esenciales del desarrollo sostenible como son la económica, la social y la ambiental, proporcionando una valiosa hoja de ruta para articular la formulación de políticas mundiales.

Es evidente la necesidad de una revisión reflexiva, crítica y epistémica de cada uno de los procesos que nos permitan comprender el porque de las políticas públicas, mecanismos de trabajo y la importancia de este enfoque desde nuestra praxis profesional.

Objetivos

- Interpretar las implicancias de la agenda global retomada por los países en el contexto de la realidad del país.
- Discutir sobre la importancia de los objetivos de desarrollo sostenible y la discapacidad en nuestro quehacer profesional.

Desarrollo

ODS y la discapacidad



Ilustración 1 Objetivos de Desarrollo Sostenible. OPS/OMS Chile

Hace casi 20 años, en 1994, los representantes de 179 Estados, reunidos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, plasmaban en el respectivo Programa de Acción (PA-CIPD), con un horizonte de dos décadas, algunos consensos que se transformarían en un hito para las políticas sobre población. Esta Conferencia supuso un nuevo paradigma en esta materia, al trasladar el eje de la perspectiva acerca de la población y su relación con el desarrollo hacia el sujeto, que comenzó a ser concebido como un “sujeto de derechos”, y a la satisfacción de sus necesidades (CEPAL/UNFPA, 2010)

Según Guzman – Castillo (2012), quien cita a Montoya (2004), La reunión de El Cairo fue la primera de una serie de Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo que han dedicado un espacio específico a las personas con discapacidad, respondiendo a un pedido de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 47/88 de diciembre de 1992, que alentaba a la Conferencia a examinar las cuestiones relativas a la discapacidad que fueran pertinentes a sus temas centrales.

El apartado E, dedicado a las “Personas con discapacidad”, del PA-CIPD, forma parte del capítulo VI (“Crecimiento y estructura de la población”), y se encuentra junto a otros que se ocupan de grupos específicos como los niños y jóvenes, las

personas de edad y los indígenas. En sus “Bases para la acción” sobre este tema, se afirma que “subsiste la necesidad apremiante de seguir promoviendo medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la realización de los objetivos de participación e igualdad plenas para las personas con discapacidad” (Gonzalez – Stant 2014 citan a Naciones Unidas, 1995, párrafo 6.28)



Ilustración 2. Inclusión Social. PIXABAY.

La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son una visión política para lograr un mundo mejor y son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad (PNUD, 2019). Los ODS se basan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales están enfocados en mejorar la vida de manera sostenible. Se pretende alcanzar la igualdad de oportunidades y no discriminación (Martin, 2018) y con ello no dejar a nadie atrás, incluidas, las personas con discapacidad.

Considerando esta situación la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (s.f), se propusieron tres objetivos:

- a. Promover el ejercicio de los derechos de todas las personas con discapacidad y su participación en todos los aspectos de la vida social, económica y cultural.
- b. Crear, mejorar y difundir las condiciones necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y la valoración de sus aptitudes en el proceso de desarrollo económico y social.

- c. Preservar la dignidad de las personas con discapacidad y promover su facultad de valerse por sí mismas” (Naciones Unidas, 1995, párrafo 6.29)

De igual forma, Gonzalo – Stant (2014) toman en consideración lo planteado por CEPAL / CELADE (2013), los que refieren que la visibilidad del tema de las personas con discapacidad en la agenda pública latinoamericana ha crecido en los últimos años, y también ha habido numerosos avances en materia del reconocimiento jurídico de sus derechos, a escala nacional e internacional, así como en la institucionalidad que se ocupa de este grupo poblacional.

Por otra parte, los ODS retoman los ODM, sin embargo, es relevante mencionar que entre los puntos que cambian de los primeros a los segundos es la inclusividad, lo cual significa que ningún objetivo se considerará cumplido a menos que todo el mundo lo alcance. En esa medida, las necesidades y los intereses de los más rezagados están en primer lugar (Civicus, Development Initiatives y Project Everyone, s.f.).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) es un tratado de derechos humanos y fue elaborado por representantes de la comunidad internacional; estuvo integrado por personas con discapacidad, funcionarios gubernamentales y no gubernamentales. Su objetivo principal fue cambiar la forma en que las personas con esta condición en la sociedad son percibidas y tratadas. Cabe comentar que es el primer instrumento que garantiza que los Estados que lo ratificaron fomentaran y protegieran los derechos de esta población (OMS, 2020). La definición que ha formulado dicha Convención es: “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales al largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006: 6).

La desigualdad y la exclusión sistémica o estructural sigue siendo el gran déficit de las sociedades y comunidades humanas en relación con las personas con discapacidad. Los Estados, como principales titulares del poder político, pero no solo ellos sino todas las instancias sociales, tienen el deber de actuar intensamente para reparar y hacer desaparecer ese déficit, proporcionando condiciones para que las personas con discapacidad puedan llevar una vida libremente elegida, según sus preferencias, respetada y respetable, incluidas en la comunidad y comprometidas y corresponsables de la mejora colectiva.

La discapacidad es un fenómeno complejo que no se limita simplemente a un atributo de la persona y que en ningún caso puede ser vista como un “fallo” de la sociedad, sino como un elemento valioso de su diversidad. Tampoco es un problema individual, sino el resultado de una concepción errónea de la sociedad que debe reestructurar las políticas, las prácticas, las actitudes y las normativas

que dificultan la plena participación social de las personas con discapacidad y por extensión la de sus familias.

Esta realidad entendida, asumida y respetada como una cuestión de derechos humanos se centra en la dignidad intrínseca del ser humano y, de manera accesoria —y solo en el caso que sea necesario— en las características asociadas a su funcionamiento. Sitúa a la persona en el centro de todas las decisiones que le conciernan y ubica el centro del problema fuera de la persona —en la sociedad. Queda establecido así que las personas con discapacidad son sujetos de derecho, con derechos, y que el Estado y otras estructuras de poder tienen responsabilidades para garantizar esa completa ciudadanía.

Este paradigma de la discapacidad basado en los derechos no se ve impulsado por la caridad, sino por la dignidad y la libertad. Busca los medios para respetar, apoyar y celebrar la diversidad humana mediante la creación de condiciones que permitan la verdadera inclusión de las personas con discapacidad.

Esta mirada irrevocable queda fijada en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que asume y materializa este enfoque, obligando a los Estados Parte a integrarlo en sus políticas y actuaciones públicas.

Asimismo, casi una década después de la adopción de esta Convención -aprobada en 2006- se estableció la Agenda 2030 y con ella los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), un compromiso mundial para que la igualdad sea una realidad que alcance a todas las personas y grupos, y al tiempo una oportunidad más para catalizar, la todavía precaria situación de los derechos de las personas con discapacidad.

El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) manifiesta el valor de estos dos instrumentos internacionales para promover mayores cuotas de igualdad, prosperidad y decencia en sociedades inclusivas. Asimismo, desea poner de relieve la conexión y el vínculo entre ambos, pues juntos, Convención y ODS deben ser invocados para que el desarrollo, bien entendido, de los pueblos y comunidades no deje atrás a las personas con discapacidad.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es el gran hito internacional sobre la discapacidad, el elemento de más valor que ha producido la comunidad mundial en relación con este grupo humano y su influencia positiva se puede apreciar en muy diversos ámbitos, desde la misma concepción de los derechos humanos y las nuevas dimensiones de los mismos, hasta el reconocimiento y la protección de los derechos de las personas con discapacidad en los diferentes ordenamientos internos y en la práctica social y jurídica.

Este tratado viene reforzado por la Agenda 2030, ya que existe una clara relación entre el sentido de los ODS y el propósito de la Convención:

Tabla 3. Relación de la Agenda 2030 y la Convención de la Discapacidad 2006

Agenda 2030	Convención de la Discapacidad 2006
Los objetivos persiguen la igualdad entre las PERSONAS, proteger el PLANETA y asegurar la PROSPERIDAD como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Un nuevo contrato social global que NO DEJE A NADIE ATRÁS.	Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los DERECHOS HUMANOS y LIBERTADES FUNDAMENTALES por todas las PERSONAS CON DISCAPACIDAD, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Fuente: CERMI 2019

¿Donde está discapacidad en la agenda 2030?

La discapacidad en los ODS de la Agenda 2030 se cita en 7 metas de 5 objetivos, en términos porcentuales el 4 por ciento del total de las metas de los ODS.

A priori, una débil proporción si tenemos en cuenta el que 15 por 100 de la población mundial vive una situación de discapacidad, por no hablar la exclusión y desigualdad estructural que sigue situando a este grupo humano en la periferia con una merma significativa en el goce de los derechos humano.

Sin embargo, tenemos que hacer una mirada holística de este nuevo Pacto mundial, porque la vida de las personas con discapacidad es una realidad poliédrica y presencia está en todas las esferas, y es así como tenemos que comprender cada uno de los ODS. Además, se ha de ver esta realidad a través de expresiones como “para todos”, “los vulnerables”, “no-discriminatorios”, “acceso igualitario” o “acceso universal”.

Pero la Agenda 2030 nos compele a tomar conciencia de los efectos de la emergencia climática en nuestras vidas, de cómo la falta de democracia tiene repercusión directa en la igualdad, también de las personas con discapacidad, los conflictos bélicos generan discapacidad y dejan sin efecto cualquier derecho y un desarrollo sin justicia social nos ubicará en un permanente apartamiento.

Por ello, las personas con discapacidad han de aprovechar el arsenal que proporcionan los ODS, en conexión con la Convención, y la Convención en relación con los ODS, para transitar con firmeza por este sendero, porque servirán para que sociedades hostiles, reticentes y negativas a las personas con discapacidad sean hoy más inclusivas.

Pero también las personas con discapacidad, sus familias y su movimientos social, han de asumir la responsabilidad que les incumbe como individuos y sociedad civil a la hora de velar por la paz, fortalecer la democracia y comprometerse con la sostenibilidad del planeta.

Las mujeres y niñas con discapacidad, que representan numéricamente el 60 por ciento de este grupo humano, viven esa doble exclusión por ser mujeres y por presentar una discapacidad, que aquí no solo se suma, sino interseccionalmente se multiplica, distanciándolas de cualquier esfera de inclusión. Este nuevo acuerdo, debe ser visto como una oportunidad para sacar a la luz y revertir tantas prácticas nocivas que viven las mujeres y niñas con discapacidad: entre ellas las esterilizaciones forzadas, la violencia machista y su precario acceso al empleo. La Agenda 2030 deber ser además una llamada al activismo de las propias mujeres y niñas con discapacidad y de las madres cuidadoras.

En este sentido, se ha de estar alerta y vigilantes para que los compromisos de esta Agenda sean enérgicos y sobre todo se hagan efectivos, las personas con discapacidad no pueden asistir a más promesas vacías y sufrir más expectativas frustradas; anhelan ver reparado este déficit de ciudadanía que los sitúa todavía en posiciones periféricas. El desarrollo humano no puede dejar a nadie atrás y la Agenda 2030 junto a la Convención, a la par, conectados y mutuamente reforzados, deben saldar una deuda de desigualdad, pobreza y discriminación hacia las personas con discapacidad.

Características de la discapacidad en América Latina

Armando Vásquez (s.f) en el documento sobre conceptos generales de la discapacidad menciona que la discapacidad es un tema complejo el cual conlleva una enorme repercusión social y económica. Los datos son escasos y poco precisos; lo que conlleva tener políticas o programas relacionados con la discapacidad basados en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países.

Las tendencias actuales nos han demostrado claramente que un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Esto sin obviar otras determinantes sociales que tienen relación con esta situación.

Tabla 4***Carga mundial de morbilidad por grupo de enfermedades en países en desarrollo, 1990 y 2020***

	1990	2020
Transmisible	49	22
No transmisible	27	43
Traumatismos y causas externas	15	21
Trastornos neuropsiquiátrico	9	14

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, 2000.

Vasquez a su vez afirma que la población de América Latina ha envejecido a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la vigencia de derechos humanos y civiles, sobre todo durante la segunda mitad del siglo XX.

La perspectiva de derechos humanos permite considerar a las personas con discapacidad como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar de una situación que los habilite para desempeñarse como ciudadanos activos y participantes. Esto significa crecer dentro de una familia, asistir a la escuela con compañeros, trabajar y participar en la toma de decisiones sobre aquellas políticas y programas que más los afectan.

Las personas con discapacidad han logrado una visibilidad creciente en América Latina en los últimos tiempos, sobre todo durante la década pasada. La mayor visibilización se encuentra estrechamente relacionada con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, pero más que por su aprobación a fines de 2006.

En este tema hay áreas problemáticas de la discapacidad.

Educación

Por lo general, los ministerios de educación no cuentan con estadísticas sobre la inscripción, la deserción y el grado de escolaridad de los niños y adolescentes con discapacidad. La integración educativa no está basada en políticas gubernamentales, sino que ha ocurrido de modo informal y en mayor medida en los centros privados o mediante redes de solidaridad.

En el caso de la educación superior, la situación es peor por las dificultades de movilidad para el transporte y por las barreras arquitectónicas. Todas estas trabas educativas traen como consecuencias una menor integración social y una limitación de oportunidades en el mercado laboral y en el ingreso económico, todo lo cual determina, a su vez, una mayor dependencia del discapacitado para su supervivencia.

Empleo

Muchos países de la Región no incluyen en sus censos datos sobre la población con discapacidades que forma parte del conjunto de la población económicamente activa. Hay un alto grado de desempleo de personas discapacitadas, así como reticencia de los empleadores para mantener en el empleo o dar trabajo a esas personas. Sería necesario revisar y actualizar las áreas de capacitación, así como las demandas del mercado laboral dentro de las posibilidades reales de las personas afectadas. Accesibilidad y movilidad Las barreras arquitectónicas y urbanísticas son uno de los principales problemas que intensifican la dificultad de las personas con discapacidades para integrarse en el mercado laboral y en las actividades de la vida cotidiana.

Asistencia médica

La falta de programas de prevención y detección temprana impide, en ocasiones, evitar la discapacidad o que esta empeore. Además, la falta de asistencia especializada perjudica a la persona con discapacidad en muchas ocasiones. Sumado a ello, el personal general de salud capacitado en rehabilitación es muy escaso y, en la mayoría de los países, el personal de rehabilitación también es escaso. Esto determina que la asistencia médica no sea idónea.

Falta de información

La falta de información es sin duda uno de los mayores problemas en este campo, porque la falta de datos precisos y fiables sobre la población con discapacidad hace más difícil programar, prevenir o incluso abogar por la elaboración de políticas o programas nacionales sobre el tema. La realidad es que el número de personas con discapacidad en las Américas es superior al que se notifica.

La legislación

Existe legislación específica en 62% de los países; cada país cuenta con una serie de normas y leyes propias que, directa o indirectamente, tratan el tema de la discapacidad. La legislación sobre las discapacidades ha ido evolucionando gracias a la preocupación de las propias personas con discapacidad y de las instituciones que les prestan servicios y atención. Estas comprenden a las organizaciones de personas con discapacidad o que les prestan apoyo y abogan por la legislación específica a nivel nacional; los consejos nacionales que tienen como función garantizar la aplicación de esas leyes y la creación de programas y actividades nacionales relacionadas con el tema, y, por último, las instituciones que establecen las políticas generales a nivel nacional.

Modelo social y derechos humanos



Ilustración 3. Derechos Humanos. Fuente. Pixabay

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

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

El actual panorama global se caracteriza, entre otras cosas, por marcadas turbulencias sociales; por flujos constantes de cuerpos forzados a migrar y por una exacerbación de la violencia generada por políticas neoliberales y de austeridad (McRuer, 2018). Esta situación se agrava en América Latina y el Caribe, donde los sistemas democráticos de representatividad se ven amenazados, afectando la vida comunitaria y los proyectos denominados en esta región como “buen vivir” (Acosta, 2013; Carpio, 2014; Gudynas, 2011).

El abordaje del tema de las personas con discapacidades ha experimentado un cambio significativo en América Latina desde comienzos de la década de 1990, sobre todo en términos teóricos y discursivos. Esta transformación se encuentra relacionada a la adopción del “modelo social de la discapacidad”, que surgió

en los Estados Unidos y el Reino Unido durante la década de 1970, a partir del movimiento activista de personas con discapacidad y de las organizaciones que las reunían (Acuña y otros, 2010; Aguilar Montoya, 2004; Guzmán Castillo, 2012).

Las personas con discapacidad han sufrido un retraso de sus derechos fundamentales según Claro (2011), ante el clima de convulsión económico – cultural de las sociedades civiles, argumento que ha sido sistematizado por diversas investigaciones en América Latina.

Frente a esta problemática, y fruto de diversas movilizaciones sociales en pos de la lucha por los derechos de las personas con discapacidad, es que desde mediados del siglo XX han emergido diferentes acciones e interpretaciones teóricas, políticas, culturales y éticas aglutinadas bajo los denominados “estudios de la discapacidad”, dentro del cual destacan numerosas producciones que por su perspectiva crítica (Arnau, 2017; Allué, 2003; Ferreira, 2008; 2009; 2011; McRuer, 2006; 2014; 2018; Pie, 2012; 2014; Pérez, 2012) aún es un campo que se encuentra en desarrollo.

Todas estas situaciones tuvieron diversas repercusiones a nivel mundial (Barton, 1998; 2008; Pie, 2012; 2014) dando lugar al surgimiento en la década de 1980-1990 a la discapacidad como objeto de estudio de las ciencias sociales. Emergen así los denominados disability studies. Con una fuerte articulación entre activismo y academia, la discapacidad comienza a ser percibida como un fenómeno social y político contrapuesto a los enfoques médicos tradicionales.



Ilustración 4. Modelo Social. Fuente: Antonio Hinojosa. Planeta Fácil.

Este cambio de enfoque, Oliver (1998) lo ha denominado “**modelo social**” como paradigma opuesto al “**modelo médico-rehabilitador**”. Por tanto, desde el modelo social se plantea la **discapacidad como una categoría sociopolítica**, asociada a una perspectiva de **derechos y justicia** (Barton, 1998). Con este cambio, se postula una distinción entre deficiencia y discapacidad (Palacios y Romañach, 2006). La deficiencia hace alusión a las condiciones biofísicas y la discapacidad refiere a la exclusión generada por una organización social que no tiene en cuenta a esas personas (Barnes, 1998; Union of the Physically Impaired [UPIAS], 1976). De esta última denominación, se desprende que son las relaciones sociales las que edifican las bases de la construcción social de la discapacidad como opresión cultural (Abberley, 2008).

De acuerdo a Maldonado (2013), este modelo social de la discapacidad considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. En efecto este nuevo paradigma social sobre la discapacidad, que se enmarca en los principios generales declarados por los derechos humanos, se origina en la segunda mitad del siglo pasado.

Este movimiento multidimensional nace dentro de la disciplina de las ciencias sociales, el análisis de las políticas sociales y la lucha por los derechos civiles; específicamente aquellos relacionados con los derechos de las personas con discapacidad. En sus diferentes estructuras y contenidos, esta nueva propuesta encaminada tanto hacia la investigación social, la actualización de las políticas públicas, como a la consolidación de los derechos humanos de las personas con discapacidad, se conoce como el modelo social de la discapacidad.

En este nuevo paradigma, al considerar que las causas que están en el origen de la discapacidad son sociales, pierde parte de sentido la intervención puramente médica o clínica. Las soluciones no deben tener cariz individual respecto de cada persona concreta afectada, sino que más bien deben dirigirse a la sociedad.

El modelo social pone énfasis en la rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad. En efecto, este modelo de derechos humanos está centrado en la dignidad del ser humano y después, pero sólo en caso necesario, en las características médicas de la persona.

Sitúa al individuo en el centro de todas las decisiones que le afectan y, lo que es aún más importante, sitúa el problema principal fuera de la persona, en la sociedad. En este modelo, el problema de la discapacidad se deriva de la falta de sensibilidad del Estado y de la sociedad hacia la diferencia que representa esa discapacidad. De ello se deduce que el Estado tiene la responsabilidad de hacer frente a los obstáculos creados socialmente a fin de garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas.



Ilustración 5. El Modelo Social de la Discapacidad. Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social. Gobierno de la República del Ecuador. 2014

Según Borja (2016) el modelo social caracteriza a la persona con discapacidad a partir de:

- a) El cuerpo, más que identificar qué tan completo está anatómicamente y qué tan cerca funcione de acuerdo con la norma, las personas que optan por poner en práctica este modelo se concentra en descubrir las habilidades y las capacidades que este individuo ha desarrollado con el cuerpo que posee, para luego, a través de procedimientos sistemáticos, potenciarlas.
- b) El entorno inmediato (la familia), se tiene en cuenta el proceso por el cual pasan sus miembros al recibir la noticia de que uno de ellos ha sufrido una lesión o dificultad que desembocará en una discapacidad. Según cómo evolucione ese proceso, los miembros de su familia construirán un concepto de su familiar, y justamente este concepto facilitará o entorpecerá el desarrollo de habilidades y capacidades que intervendrán de manera directa en su mayor o menor integración, primero en la familia y luego en los otros entornos.

Aquí cobra importancia el proceso socializador, pues se parte del supuesto de que es éste el que puede facilitar o entorpecer la integración de las personas con discapacidad, dependiendo de las ideas, sentimientos e imágenes que cada miembro de la familia tenga sobre la discapacidad y de las prácticas sociales que desarrollen para lograr el equilibrio, y

- c) El medio, como portador de oportunidades en términos de la equidad y de la eliminación de barreras, o como portador de riesgos, para realizar acciones de prevención de la discapacidad.

Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad para prestar los servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social (Palacios, 2008).

Precisamente, desde este modelo se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. 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: autonomía personal, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros.

Parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social y resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. De igual manera, apunta a la autonomía personal de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propio proyecto de vida. Para ello, se propone la eliminación de cualquier tipo de barrera, así como brindar una real igualdad de oportunidades

Este modelo social de la discapacidad pretende evaluar la interacción entre las personas con discapacidad, la interacción entre ellas, el medio ambiente dentro del cual se desempeñan y la sociedad. Las investigaciones que se han realizado han permitido establecer que, aun cuando una persona con discapacidad interactúa socialmente en forma diferente a otras personas, los problemas que confrontan no son originados debido a su discapacidad, sino principalmente a las actitudes que la sociedad manifiesta hacia la discapacidad. Por ello, es la interacción de las diferentes limitaciones funcionales con los factores ambientales la que en realidad determina que una persona exteriorice una discapacidad.

En este sentido, la discapacidad está determinada por la diferencia que existe entre las habilidades de una persona, las demandas sociales y las limitaciones impuestas por el medio ambiente. Manifiesta cierta discapacidad debido a que es confrontada con un ambiente sociocultural que le es discriminante y hostil. Se puede afirmar, por ejemplo, que la discapacidad física o intelectual, no es un atributo de la persona, sino más bien el resultado de una serie de elementos condicionantes, o actividades y relaciones interpersonales restringidas por el contexto social, económico y político de un país

Nicaragua es un Estado parte de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, por tanto, es facilitador, integrador e inclusivo en el proceso de restitución de derechos de las personas con discapacidad y reconoce universalmente que debe trabajar para avanzar en la conquista de los derechos, siendo una práctica de todo funcionario público la puesta en marcha del cumplimiento de la ley con el reconocimiento del protocolo facultativo ante las Naciones Unidas, lo cual ha permitido avanzar de forma sustantiva bajo la base de la justicia social, el Cristianismo, Socialismo y Solidaridad.

En el 2006, el Cmte. Daniel Ortega, firma Convenio con sectores de Asociaciones de Personas con Discapacidad definiendo claramente los pasos a seguir para reconocer y hacer cumplir durante su período de Gobierno los derechos a esta población. Producto de este Convenio, Nicaragua es uno de los primeros 20 Estados parte en firmar y ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

Para ello se conforma el Gabinete de Personas con Discapacidad de Nicaragua como instancia de comunicación y articulación entre el Estado y movimiento asociativo de las Personas con Discapacidad en sus diversas expresiones, como punto de partida para la aplicación de la Convención se inició un proceso de revisión y análisis de las leyes vigentes que estaban dirigidas al sector con discapacidad, formulando una nueva **Ley 763** “Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad”, acorde a la Convención y en la que prevalece el enfoque de derecho sobre el asistencialismo, vigente hasta entonces.

Es importante mencionar que antes que Nicaragua fuera Estado parte de la Convención, la atención hacia las personas con discapacidad estaba dirigida únicamente aquella cuyo origen se debía al hecho de ser víctima de guerra. En los años 80 se crearon programas de inserción y rehabilitación los que, por los cambios de gobierno entre los años 1990-2006 fueron abolidos por los gobiernos neoliberales de ese periodo.

En el año 2009, el GRUN realizó el estudio biopsicosocial, pedagógico y clínico genético de las personas con discapacidad denominado “Todos con Voz” cuyo objetivo fue estudiar a las personas con discapacidad, sus características, las posibles causas de discapacidad y las principales necesidades, para luego propiciar estrategias que garantizarán la atención a los problemas críticos identificados.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano (2018-2021) define acciones para avanzar hacia una sociedad equitativa en materia de restitución de derechos de las personas con discapacidad, se plantea ejes concretos y dirigidos en favor de este grupo poblacional; así lo refiere en su página 19; número 1: “Garantizar una

cultura de respeto, protección y atención de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, y facilitar su inclusión social, educativa y laboral, en condiciones de equidad". Numeral 2: "Fortalecer el Programa Todos con Voz, desde una atención interinstitucional, brindando acompañamiento a las personas con discapacidad y a sus familias con participación pública, privada y comunitaria, incorporando a las nuevas personas con algún grado de discapacidad.

Conclusión

Es evidente que las nuevas transformaciones globales, nos llevan a la reconfiguración de las filosofías y transformación de los paradigmas, llevándolos de algo más abstracto a algo mas humanístico, permitiendo así realizar una reconfiguración social. Este proceso permite la integración más lineal de las comunidades y de los pueblos en su transformación.

Tema 2: Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF).

Introducción

La Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud pertenece a la «familia» de clasificaciones internacionales (Vasquez – Barquero, 2001), desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de salud. Esta familia proporciona el marco conceptual para clasificar un amplio rango de información relacionada con la salud y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Murray (1990), menciona que la Clasificación resulta un instrumento útil para describir y comparar el estado de salud de las poblaciones. El estado de salud de una población viene definido por la carga de enfermedad (Mathers, 1997), medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones o a los factores de riesgo y determinantes asociados, que incluye las consecuencias mortales y discapacitantes.

Para alcanzar este nuevo nivel de comprensión bastó con hacer virar el punto de atención desde la causa hacia el impacto. Con ello todos los estados de salud se colocaron en un mismo nivel, permitiendo su comparación mediante una métrica común. Por eso la CIF es un lenguaje común a todas las personas, a lo largo de toda la vida y que abarca por igual a todos los aspectos de la misma. Esto fue razón suficiente para su buena acogida no sólo por parte de los profesionales sanitarios y científicos sino también por los propios pacientes, que ven reforzada su perspectiva en el sistema sanitario.

La CIF pertenece a la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS). Su miembro más conocido es la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (OMS, 92). La información de la CIE-10 resulta enriquecida por la obtenida con la CIF -en lo que se refiere al funcionamiento- constituyendo en conjunto la familia de las clasificaciones de la OMS y proporcionando una visión más amplia y significativa de la salud de personas y poblaciones.

Objetivos

- Razonar las premisas del modelo social de la discapacidad y cómo este se interrelaciona en mi ámbito profesional.
- Identificar los supuestos del modelo social de la discapacidad que nos permita su implicancia en el modelo educativo.
- Distinguir los elementos que componen la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud.
- Elaborar una guía de evaluación basada en las bases del modelo del funcionamiento y de la discapacidad.

Desarrollo

De acuerdo a Verdugo (1995), “ El desarrollo de las concepciones sobre las personas tiene paralelismo en el desarrollo de los términos utilizados para denominarlas, aunque la atención y tratamiento de las personas con discapacidad no es precisamente una cuestión de terminología. Sin embargo la terminología es el reflejo de los cambios en las concepciones, modos de enfocar, actitudes y entendimiento del problema”

La aparición de la CIF ha traído aparejado, en el ámbito internacional, un cambio en el modo de pensar sobre las personas con discapacidad y los servicios y apoyo que se les proveen. Todo cambio al nivel teórico de la Ciencia, conlleva a su vez a cambios al nivel práctico y viceversa.

El objetivo principal de la CIF es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. La clasificación define los componentes de la salud y algunos componentes “relacionados con la salud” del “bienestar” tales como la educación, el trabajo, etc. Por tanto, los dominios presentes en éste pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”.

Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: (1) Funciones y estructuras corporales; (2) Actividades – participación.

El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación de manera similar. Discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. Esta clasificación también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto esta clasificación permite a los usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

La CIF, desde los comienzos de su elaboración, se pronuncia por un enfoque bio-psico-social y ecológico, superando la perspectiva bio-médica imperante hasta el momento.

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF.

Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones.

La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud. Así, la CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos de los investigadores desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos apropiados. De forma similar, este planteamiento es también diferente del abordaje basado en los “determinantes de salud” o en los “factores de riesgo”. Para facilitar el estudio de los “determinantes” o “factores de riesgo”, la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo.

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades;
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo;
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos: en política sanitaria, en evaluación de la calidad asistencial, y para la evaluación de consecuencias en diferentes culturas.

Dentro de las aplicaciones de la CIF encontramos:

- Como herramienta estadística.
- Como herramienta de investigación
- Como herramienta clínica
- Como herramienta de política social
- Como herramienta Educativa (Diseño del “currículum” y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y la puesta en marcha de actividades sociales)

La clasificación se mantiene en un concepto amplio de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con ella, tales como las originadas por factores socioeconómicos. Por ejemplo, hay personas que pueden tener restringida la capacidad de ejecutar determinadas tareas en su entorno habitual debido a su raza, sexo, religión u otras características socio-económicas, pero éstas no son restricciones de participación relacionadas con la salud, tal y como las clasifica la CIF.

Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIF versa únicamente sobre personas con discapacidades; sin embargo es válida para todas las personas. La salud y los estados “relacionados con la salud” asociados con cualquier condición de la misma se pueden describir utilizando la CIF. En otras palabras, la CIF tiene una aplicación universal.

1. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad

El componente Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales. El componente Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

2. Componente de Factores Contextuales

El primer componente de los Factores Contextuales es una lista de Factores Ambientales. Los Factores Ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general. Los Factores Personales son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

Los componentes de Funcionamiento y Discapacidad de la Parte 1 de la CIF se pueden emplear de dos maneras. Por un lado, pueden utilizarse para indicar problemas (ej., deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad). Por el contrario, también pueden indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento).

Los componentes del Funcionamiento y la Discapacidad pueden interpretarse mediante cuatro “constructos” diferentes pero relacionados entre sí. Estos “constructos” se hacen operativos cuando se utilizan los calificadores. Las funciones y estructuras corporales pueden interpretarse mediante cambios en los sistemas fisiológicos o en las estructuras anatómicas.

El componente Actividades y Participación dispone de dos “constructos”: capacidad y desempeño/realización. El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. Como se ha indicado anteriormente, los Factores Contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales.

La CIF incluye un esquema exhaustivo de los factores contextuales como un componente esencial de la clasificación. Los factores ambientales interactúan con todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad. El “constructo” básico de los Factores Ambientales está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.

Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad según la CIF (2001)



Ilustración 6. Portada de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. OMS. 2001.

Como clasificación, la CIF no establece un modelo para el “proceso” del funcionamiento y la discapacidad. Sin embargo, puede utilizarse para describir dicho proceso proporcionando los medios para delinear los diferentes “constructos” y dominios. Proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo. Proporciona las “piezas de construcción” para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso. En este sentido, podemos considerar la CIF como un idioma y los textos que se pueden crear dependerán de los usuarios, de su creatividad y de su orientación científica.

De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (ej. factores ambientales y personales).

Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible.

La interacción funciona en dos direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones. Sin embargo, es importante recoger datos de estos “constructos”, independientemente, y desde allí explorar las asociaciones y los vínculos causales entre ellos.

Si la experiencia completa en la salud se ha de describir globalmente, todos los componentes son útiles. Por ejemplo uno puede:

- Tener deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad (ej. una desfiguración como consecuencia de la lepra puede no tener efecto en la capacidad de la persona);

- Tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño/realización sin deficiencias evidentes (ej. reducción en el desempeño/realización de las actividades diarias que se asocia con muchas enfermedades).
- Tener problemas de desempeño/realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad (ej. una persona VIH positiva o un antiguo paciente recuperado de una enfermedad mental que se enfrentan a la estigmatización o la discriminación en las relaciones interpersonales o el trabajo);
- Tener limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia de problemas de desempeño/realización en el entorno habitual (ej. un individuo con limitaciones en la movilidad, puede ser provisto por la sociedad de ayudas tecnológicas que faciliten su desplazamiento);
- Experimentar un grado de influencia en dirección contraria (ej. la inactividad de las extremidades puede causar atrofia muscular, la institucionalización puede provocar una pérdida de las habilidades sociales).

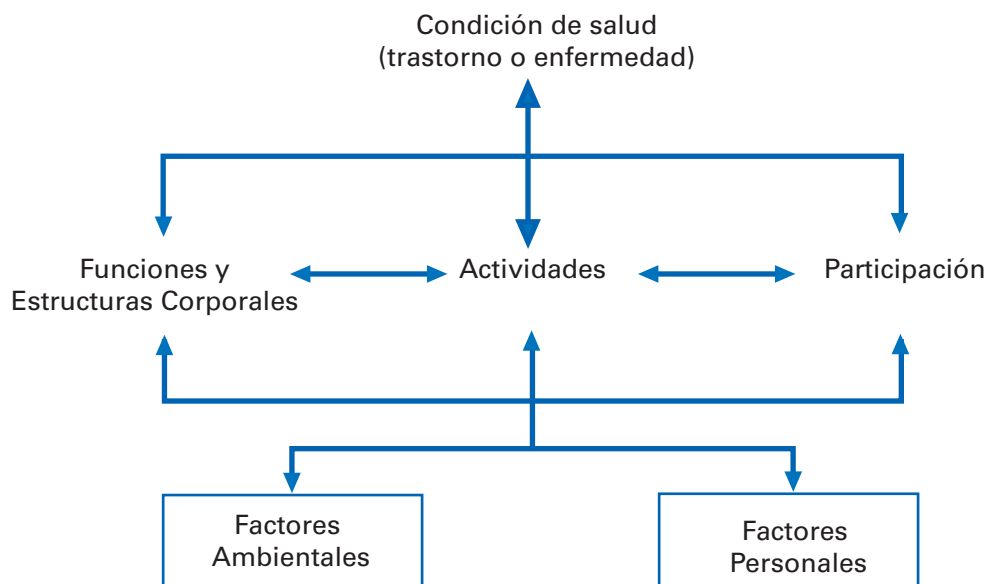


Ilustración 7. Interacciones entre los componentes de la CIF. Fuente: La CIF (2001). Pag 27.

El proceso de revisión de la CIF, se ha beneficiado desde el comienzo de las sugerencias de personas con discapacidades y de sus organizaciones. La Organización Internacional de Personas Discapacitadas ha contribuido con su tiempo y energía en el proceso de revisión y la CIF refleja estas opiniones. La OMS reconoce la importancia de la participación plena de personas con discapacidad y de sus organizaciones en la revisión de una clasificación del funcionamiento y la discapacidad.

Como clasificación, la CIF servirá como base tanto para valorar como para medir discapacidades en muchos contextos de evaluación científicos, clínicos, administrativos y sociales. Como tal, la preocupación se centra en que la CIF no sea mal utilizada en detrimento de los intereses de las personas con discapacidades. En particular, la OMS reconoce que los términos utilizados en la clasificación pueden, a pesar de todos los esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar.

Como respuesta a esto, se tomó la decisión al inicio del proceso de revisión de abandonar totalmente el término “minusvalía” debido a su connotación peyorativa en Inglés y de no utilizar el término “discapacidad” como nombre de un componente, sino como término genérico global. Sin embargo, la difícil pregunta de cómo referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, todavía perdura.

La CIF utiliza el término “discapacidad” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. Por múltiples razones, cuando se hace referencia a individuos, algunos prefieren la utilización del término “personas con discapacidades” y otros prefieren “personas discapacitadas”.

Teniendo en cuenta esta divergencia, no existe una práctica universal que pueda ser adoptada por la OMS. Por lo tanto, no es apropiado que la CIF exprese una posición determinada en relación con este tema, respetando el principio de que las personas tienen el derecho de ser llamadas como ellas elijan. No obstante, es importante insistir en que la CIF no es en absoluto una clasificación de personas.

Es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. La interacción de las características de la salud y de los factores contextuales, es la que produce la discapacidad.

Es importante que los individuos no sean reducidos o caracterizados sólo sobre la base de sus deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Por ejemplo, en lugar de referirse a “una persona mentalmente discapacitada”, la clasificación utiliza la frase “persona con una limitación en las actividades de aprendizaje”. La CIF asegura esto evitando cualquier referencia a una persona en términos de discapacidad o de una condición de salud, y utilizando un lenguaje neutral, sino positivo, y concreto.

Como muestra de la preocupación legítima del etiquetado sistemático de las personas, las categorías de la CIF se expresan de manera neutral, con el fin de evitar el menosprecio, la estigmatización y las connotaciones inapropiadas. Sin embargo, este enfoque trae consigo el problema llamado “depuración de términos”.

Las connotaciones negativas de un estado de salud y el modo de reaccionar de otras personas son independientes de los términos que se utilicen para definir esa condición. La discapacidad existirá independientemente de cómo se la llame y de qué etiqueta se utilice.

El problema no es sólo de lenguaje sino que depende principalmente de las actitudes de otros individuos y de la sociedad en relación con la discapacidad. Lo que se necesita es corregir el contenido y la utilización de los términos de la clasificación.

La OMS tiene el cometido de continuar esforzándose para asegurar que las personas con discapacidades se beneficien de la clasificación y evaluación y no sean menospreciadas o discriminadas. Se espera que las personas con discapacidades contribuyan al uso y desarrollo de la CIF en todos los sectores. Al igual que los científicos, y los políticos, las personas con discapacidad ayudarán a desarrollar protocolos y herramientas fundamentados en la CIF.

La CIF también sirve como una herramienta potencialmente poderosa para una defensa basada en la evidencia. Proporciona datos fiables y comparables para posibilitar el cambio. La noción política de que la discapacidad es más el resultado de barreras ambientales que de una condición de salud o de una deficiencia, debe ser transformada en la agenda científica y, después, en una evidencia válida y fiable. Esta evidencia puede traer consigo el auténtico cambio social para las personas con discapacidad de todo el mundo.

El apoyo a la discapacidad puede verse intensificado a través del uso de la CIF. Como el primer objetivo es identificar intervenciones que puedan mejorar el nivel de participación de las personas con discapacidad, la CIF puede ayudar a identificar donde surge el principal “problema” de la discapacidad, si está en el entorno a través de la existencia de una barrera o de la ausencia de un facilitador, si es debido a la capacidad limitada de la persona, o bien por la combinación de factores.

Las intervenciones pueden ser apropiadamente etiquetadas y sus efectos en los diversos niveles de participación controlados y medidos. De este modo, se pueden alcanzar objetivos concretos y futuras metas globales en el apoyo de la discapacidad.

La Clasificación está impregnada de la nueva filosofía de la OMS. La visión de conjunto de la CIF se muestra en la CIF 19 tiene dos componentes, la parte 1: Funcionamiento y Discapacidad y la parte 2: Factores Contextuales. La parte 1 se subdivide en: a) Funciones y Estructuras Corporales y b) Actividades y Participación. A su vez la parte 2 se subdivide en: a) Factores Ambientales y b) Factores Personales.

Tabla 5. Visión de conjunto de la CIF.

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Areas vitales (tareas, acciones)	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiologicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
	Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Desempeño /realización Realización de tareas en el entorno real		
Aspectos positivas	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no plicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras /Obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

Fuente: OMS, 2001

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos. Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación. La salud y los estados «relacionados con la salud» de una persona pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores que son códigos numéricos que determinan la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un elemento facilitador o inhibidor.

Tabla 6. Actividades y Participación: Matriz de información.

	Dominios	Calificadores	
		Desempeño/Realización	Capacidades
D1	Aprendizaje y aplicación		
D2	Tareas y demandas generales		
D3	Comunicación		
D4	Movilidad		
D5	Autocuidado		
D6	Vida doméstica		
D7	Interacciones y relaciones interpersonales		
D8	Áreas principales de la vida		
D9	Vida Comunitaria, cívica y social		

Fuente: OMS, 2001

Conclusión

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud supone una herramienta que permitirá la estandarización de los procesos de obtención de información en un campo prioritario en nuestra sociedad.

VII. Bibliografía

Borja, P. M. (2006). Construcción de sentidos del mundo de la discapacidad y la persona con discapacidad estudio de casos. Universidad del Valle.

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84, 169-184.

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G., & Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 83(6), 775-783.

Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76, 271-279.

Maldonado, V., & Jorge, A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.

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

PNDH (Diciembre, 2017) ejes del Programa Nacional de Desarrollo Humano 2018-2021. Recuperado de <https://www.el19digital.com/app/webroot/tinymce/source/2018/00-Enero/Del22al28Enero/Viernes26Enero/EJES%20DEL%20PROGRAMA%20NACIONAL%20DE%20DESARROLLO%20HUMANO.pdf>

Quinn, P. (1995). Social work and disability management policy: Yesterday, today, and tomorrow. *Social work in health care*, 20(3), 67-82.

Victoria Maldonado, Jorge A.. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109. Recuperado en 06 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&tlng=es.

