

margen N° 101 – junio de 2021

Residencia de Trabajo Social en Salud. Investigación.

Estudio sobre la utilización del Certificado Único de Discapacidad como herramienta de acceso a derechos en pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S. Período junio 2019 - mayo 2020

Por Lourdes Bardomas y Vanesa Pérez López

Lourdes Bardomas. Licenciada en Servicio Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Residente del InaRePS, Mar del Plata, Argentina

Vanesa Pérez López. Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Residente del INaRePS, Mar del Plata, Argentina,

Introducción

Las residencias son un sistema de formación intensiva en servicio que permiten orientar y perfeccionar el desarrollo integral del profesional para el desempeño responsable y eficiente dentro del campo de la salud. En este sentido se establecen diferentes tipos de rotaciones. Dentro de I.Na.Re.P.S (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, Mar del Plata, Argentina) se encuentran las juntas evaluadoras de CUD (Certificado Único de Discapacidad), por las cuales los residentes de primer año tienen su paso obligatorio. De los mismos surgen experiencias que van enriqueciendo la formación, interpelando las prácticas y las estrategias de intervención de los trabajadores sociales.

Asimismo, las demandas recibidas a través del Servicio Social -que giran en torno al ejercicio de los derechos posibles de concretar con el CUD- permiten la configuración de interrogantes que llevan a reflexionar y posibilitan la producción escrita propia en el marco del proceso dialéctico de aprendizaje que caracteriza a la capacitación en servicio. De este modo surge esta producción que da cuenta del recorrido transitado. En este contexto, entendemos que el CUD es una herramienta que intenta favorecer la inclusión social, buscando que las instituciones brinden el acceso a los servicios y beneficios en condiciones de equidad.

Según el Estudio Nacional sobre el Perfil de las PcD -Personas con Discapacidad- (2018), el 90,8% de la población que tiene CUD vigente lo utiliza para garantizar diferentes derechos (Estudio sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, 2018: 78). Por lo tanto, el interés de este estudio se centra en explorar cuáles son esos derechos y cuáles son las modificaciones en su calidad de vida una vez adquiridos los mismos. Para ello, resulta fundamental recuperar la palabra de los propios usuarios.

Se estima que los resultados contribuirán a la planificación, promoción y ejecución de estrategias por parte del equipo de salud, las que permitirán mejorar la atención, asesoramiento y acompañamiento en las problemáticas de los usuarios, visualizando aquellos elementos que son fundamentales para el ejercicio de sus derechos y deberían estar contemplados por el CUD.

Objetivo general

- Explorar los alcances del CUD como herramienta para el acceso a derechos en pacientes certificados por las juntas evaluadoras de I.Na.Re.P.S.

Objetivos específicos

- Relevar el uso que realizan las PcD del CUD .
- Identificar el impacto subjetivo que genera la utilización del CUD en la calidad de vida de las PcD.
- Conocer aquellos aspectos que las PcD consideran que deberían estar contemplados por el CUD.

Población en estudio

- Pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S

Marco Teórico

Qué se entiende por discapacidad

Por la ley 26.378 sancionada el 21 de mayo de 2008 y promulgada el 6 de junio de 2008, Argentina ratificó la Convención sobre los Derechos de las PcD, la que -en su preámbulo- define que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. En su artículo 1 explicita que las PcD incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

Por su parte, el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 incluyó varios ítem dentro de la encuesta general, como una manera de medir la discapacidad. Para ello basa su diseño conceptual en el enfoque bio-psicosocial de la discapacidad que propone la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) del año 2001.

Esta clasificación aborda la discapacidad como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y externos que representan las circunstancias en las que vive.

Los resultados arrojados demuestran que, en Argentina, más de cinco millones de personas viven con dificultad o limitación permanente, lo que representa el 12,9 % del total de la población. Se observa que en su mayoría son mujeres, las cuales residen mayormente en áreas urbanas y la edad influye en su limitación, que “aumenta a medida que envejece la población”.

Sin embargo e históricamente, la discapacidad ha presentado diversos paradigmas que modelan conceptos, formas de tratamiento y políticas que reflejan la ideología de la sociedad y los efectos materiales y económicos. Dentro de los modelos de discapacidad se pueden destacar los siguientes cuatro:

El primero se denomina Modelo de Prescendencia. Supone que las causas de la discapacidad se deben a motivos religiosos y las PcD se consideran innecesarias. Como consecuencia de estas creencias se prescinde de dichos sujetos, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas o situándolas en el espacio destinado para los anormales (Palacios, 2008).

La autora Sánchez Alcoba (2016) plantea que en la antigüedad la persona portadora de alguna deficiencia física o psíquica no era considerada humana, cuestión que evolucionó en la Edad Media hacia una situación de exclusión y marginalidad. Esta coyuntura de aislamiento social comenzó a dar síntomas de cambio a finales del siglo XX cuando se adquirió la concepción de PcD, aunque sin plenitud de derechos y en una posición de desventaja social. De este modo, las políticas aplicadas son la marginación, el ocultamiento y, en el mejor de los casos, como sujetos de caridad (Sánchez Alcoba, 2016).

El segundo es el modelo rehabilitador o modelo médico. Su fundamentación parte de la incumbencia médico-científica. Surge a partir del siglo XX, en los inicios del Mundo Moderno, consolidándose al finalizar la Primera Guerra Mundial.

El tratamiento que se le otorga a la discapacidad es de enfermedad o ausencia de la salud, por lo que consideran que los sujetos pueden realizar su aporte a la sociedad siempre y cuando sean normalizados o rehabilitados. Se pretende que se asemejen lo más posible a las personas “normales”, obteniendo un valor como ciudadanos.

Desde este modelo se convierten en “objetos médicos” y por ello, “sus realidades” son contempladas y explicadas desde un prisma exclusivamente medicalizado (y medicalizante), de ahí el hecho de crear espacios “sobrepotejados” para estas personas. (Jiménez y Rozo, 2016: 67-68). Las políticas hacia estos sujetos tienen un carácter paternalista o caritativas orientadas hacia las deficiencias, haciendo foco principalmente en la rehabilitación.

Este enfoque ancló a las PcD a un papel pasivo, receptor de subsidios, pensiones, becas y ayudas sociales, provocando una mirada sesgada, acotada e individualista, limitando la comprensión holística de la discapacidad.

El tercero es el modelo social. Su nacimiento se ubica a finales de la década de los años sesenta y principios de los setenta del siglo XX en Estados Unidos y el Reino Unido, a

partir de la participación política de las propias personas con discapacidad y sus organizaciones. Se comienza a cuestionar las barreras sociales y ambientales (transporte y edificios inaccesibles, actitudes discriminatorias y estereotipos culturales negativos, etc.), avanzando así en materia de derechos civiles y legislación antidiscriminatoria.

Sánchez Alcoba (2016) sostiene que este modelo se centra exclusivamente en los factores sociales de la discapacidad y considera que las causas que originan a la misma dan lugar a procesos de exclusión social en otros ámbitos de la vida (Sánchez Alcoba 2016). De esta forma se plantea una mirada bio-psicosocial. Según lo establecido por Ferrante y Ferreira (2010)

“(…) a partir de un modelo bio-psico-social se busca establecer una síntesis superadora, que integra elementos del modelo médico rehabilitador (...), y del modelo social (para el cual la discapacidad es la resultante de las condiciones opresoras que el medio social impone a quienes la poseen). Atendiendo a las variables medioambientales se podría determinar la situación de discapacidad específica, al tiempo que el grado de limitación particular de la persona expresaría su específica condición de discapacidad” (Ferrante y Ferreira, 2010: 87).

De esta forma, se reconoce la palabra y los deseos de las PcD. Se propone la desinstitucionalización, la desmedicalización y el respeto por las decisiones, haciendo foco en las capacidades. Este modelo se utiliza en el Censo poblacional como herramienta para reflejar la realidad de estos sujetos.

El cuarto corresponde al modelo de la diversidad. Se basa en la necesidad de aceptar las diversidades funcionales para superar la dicotomía capacidad/discapacidad. Surge vinculado al movimiento de vida independiente a partir del año 2005, que trata de suprimir la discriminación hacia estos sujetos. Establece que los mismos deben tener garantizados sus derechos humanos independientemente de su diversidad funcional. Según Palacios (2008),

“...Toda persona con grave discapacidad, aunque no pueda “cuidar de sí misma”, adquiere la misma condición de humanidad y dignidad; y, por tanto, toda discriminación que sufra será entendida explícitamente como una violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad” (Palacios 2008: 108).

Este modelo se basa en la dignidad de todas las personas, Lobato y Romañach (2005) utilizan el término "diversidad funcional" para establecer una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad (Lobato y Romañach 2005).

En la actualidad coexisten los dos últimos modelos expresados. Lo relevante es el empoderamiento que las PcD han sabido conseguir, así como la existencia de una nueva visión de la discapacidad dentro de la que se cimienta la complejidad, pues se entremezclan un conjunto de factores que la determinan.

Certificado Único de Discapacidad

El CUD es un documento público, de uso personal, gratuito, intransferible e inviolable; con las características particulares que engloba todo documento legal. Se otorga a toda persona que tenga una alteración funcional, ya sea permanente, transitoria o prolongada, física o mental que, teniendo en cuenta la edad y medio social, implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar, social y/o laboral.

Es solicitado de manera voluntaria y emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que da cuenta de la condición de la persona, la pertinencia de su expedición, su renovación y su vigencia. Está impreso en papel moneda contando con número único, código de barras y logo institucional, por lo tanto tiene un ordenamiento sistemático.

Se trata de una política pública que propicia la federalización, ya que tiene validez en todo el territorio argentino. De esta manera otorga mayor accesibilidad, promoción y participación a los derechos de las personas con discapacidad.

Otorgar CUD no significa que se esté certificando la pérdida de la capacidad laboral, como tampoco sirve para reclamar en los procesos indemnizatorios o para vehicular el reclamo de prestaciones económicas en los procesos en los que existe responsabilidad de las empresas o condición *sine qua non* para obtener una Pensión No Contributiva Nacional.

La certificación la llevan a cabo juntas evaluadoras, las cuales dependen del Ministerio de Salud y funcionan a lo largo de todo el país. Para establecer los criterios y la valoración, el CUD utiliza dos clasificaciones, la CIE 10 *-I-* y CIF *-2-*, ambos establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Asimismo, permite acceder a ciertos derechos, los cuales están enmarcados en las leyes nacionales 24.901 y 22.431:

La Ley N° 24.901 -Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las PcD- establece la cobertura del 100% en las prestaciones, tanto en medicamentos como prótesis y tratamientos, siempre de acuerdo al tipo de discapacidad certificada. En su Artículo 1 contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

La Ley N° 22.431, sancionada en 1981, establece:

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

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

En torno al acceso a diferentes derechos, se pueden establecer los siguientes:

Transporte: Los Decretos N° 38/2004 y N° 118/06 establecen el acceso gratuito al transporte público Nacional de corta, mediana y larga distancia en trenes, subtes, colectivos y micros.

Símbolo Internacional de Acceso: El Símbolo Internacional de Acceso es un documento que identifica e individualiza cualquier vehículo en el que se traslade una persona con discapacidad, otorgándole al beneficiario el derecho al libre tránsito y estacionamiento (derecho regulado por las normas de tránsito de cada localidad o municipio).

Se encuentra regulado por la Disposición SNR N° 3464/10 y su modificatoria la Disposición SNR N° 75/16, las cuales prevén que su uso no se encuentra limitado a un vehículo determinado, de manera que la persona lo puede utilizar en cualquier automotor en el que se traslade. El Símbolo es un documento inviolable e intransferible que cuenta con número de control interno -el NCI- y un código QR (quick response code- código de respuesta rápida) a los efectos de comprobar la validez y vigencia del mismo

Eximición del pago de patente: Este trámite depende de la dirección de ARBA de cada provincia o localidad.

Eximición en el pago de los peajes: Este trámite depende de la concesionaria de cada autopista.

Eximición del pago de la Verificación Técnica Vehicular (VTV): Este trámite está sujeto a las normas vigentes de cada jurisdicción.

Espacio exclusivo frente al domicilio: Este trámite se realiza ante la Dirección de Tránsito de cada municipio o localidad dependiendo del lugar de residencia de la persona con discapacidad.

Régimen de asignaciones familiares: Hijo con discapacidad, Maternidad down.

Ayuda Escolar Anual por hijo con discapacidad

Turismo accesible: Se trata de un programa elaborado a través de un trabajo en conjunto entre el Servicio Nacional de Rehabilitación y el Ministerio de Turismo de la Nación que desde la firma de un Convenio de Cooperación Técnica han llevado adelante diversas acciones concretas con el propósito de que las personas con discapacidad puedan acceder a alojamientos turísticos que tengan adecuados estándares de calidad considerando el confort, el bienestar, la seguridad y la accesibilidad.

El objetivo principal del programa es fomentar la inclusión plena de las PcD en los distintos ámbitos turísticos. Para ello se asesora, se guía y se capacita a prestadores de alojamientos y servicios turísticos de distintos puntos del país para que logren una distinción del MINTUR y un reconocimiento del SNR, con la finalidad de tener un registro confiable de los diferentes servicios y alojamientos accesibles.

Acceso a tarifa social en servicio de energía eléctrica y gas: Mediante la realización del trámite correspondiente la persona puede acceder a la tarifa social de luz y gas.

Exención de impuesto municipal

Exenciones para personas de escasos recursos: La persona solicitante deberá tener sesenta (60) años o más, o ser incapacitada/discapacitada impedido de trabajar, o menor huérfano.

A los efectos del presente apartado, se considerarán incapacitados/discapacitados “impedidos de trabajar” quienes se hallen gozando de la prestación por invalidez prevista por el artículo 48 de la Ley 24.241 o, en su defecto, quienes aporten el correspondiente Certificado Único de Discapacidad y una constancia expedida por un médico laboral mediante la cual éste informe la existencia de una incapacidad laborativa total, permanente o transitoria con período de rehabilitación de tres (3) años, como mínimo.

Los ingresos del solicitante y su grupo familiar conviviente no deberán superar el importe equivalente a la suma de dos (2) haberes mínimos a valor bruto cuyo pago se encuentre a cargo del régimen previsional público del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, o el que en el futuro lo reemplace. A los fines de establecer los “ingresos” a que se refiere el presente apartado, no serán considerados los siguientes conceptos:

Ayuda socio-sanitaria.

Asignación familiar por cónyuge.

Asignación universal por hijo con discapacidad.

Subsidios previstos por Decreto 319/97.

Subsidio por auxiliar gerontológico domiciliario.

Subsidios previstos por las resoluciones 2109/12 y 336/93: El peticionante o su cónyuge deberá ser contribuyente de un único inmueble, compuesto por una única unidad funcional, que deberá habitar en forma permanente. Se exceptúa de la condición de residencia permanente al peticionante que, por su condición física o mental, se hallare internado en un geriátrico o establecimiento asistencial habilitado como tal, y siempre que el inmueble objeto de trámite se encuentre deshabitado, o lo esté sólo por su cónyuge.

El domicilio consignado en el documento de identidad del solicitante y el de ubicación del inmueble objeto del trámite, deberán ser coincidentes.

En el caso de poseer un vehículo, éste deberá ser modelo año 1990 o anterior, y deberá ser el único vehículo propiedad de los miembros del grupo conviviente.

Analizada por el Municipio la situación socioeconómica, se concluya en la imposibilidad real de atender el pago de los tributos.

En todos los casos, si el solicitante fuera condómino y reuniera todos los requisitos precedentes, el beneficio será otorgado en un porcentaje equivalente al que el mismo posea sobre el dominio del inmueble objeto del trámite.

Ingreso gratuito a espectáculos y actividades culturales: La persona que posee CUD podrá concurrir a espectáculos recreativos, deportivos y/o culturales. Podrá ingresar sola o

con acompañante según su certificado lo aclare. Esto queda establecido en Ord. 13819, Ord. 15405 y Decretos 2764 039. Deberá concurrir con Certificado de Discapacidad DNI y Foto.

Accesibilidad y barreras

El término accesibilidad se utiliza popularmente para referirse a la posibilidad de alcanzar aquello que se desea. Sin embargo, en el caso de PcD, este término hace referencia a los derechos que pueden acceder, por lo que se asocia a la supresión de barreras, las cuales implican las limitaciones sociales que impiden la plena autonomía e independencia de los sujetos.

Según lo establecido por Fernando Alonso (2007), el concepto ha evolucionado. En la actualidad se reconoce la implicancia que tiene el mismo como influencia para mejorar la calidad de vida de todos, es decir, que cualquiera puede disponer y utilizar con confort y seguridad los entornos, servicios o productos, tanto físicos como virtuales, de forma presencial o no, en equidad con los demás. En consecuencia, la asociación automática de accesibilidad con barreras y discapacidad debe ser superada para desplegar todo su significado y beneficios en relación con todas las personas (Alonso, 2007).

Las barreras como obstáculos pueden ser clasificadas en (OACDH, 2014):

Barreras actitudinales: creencias erróneas, expresiones, estereotipos y prejuicios que existen sobre las personas con deficiencias en la sociedad, al no cumplir estas con los “estándares de ser humano establecidos”.

Barreras de comunicación: obstáculos que se presentan en el entorno y que impiden que una PcD pueda comunicarse. Esto incluye el código en que se envía o recibe el mensaje (verbal, escrito, signos, visual gestual), el canal utilizado (radio, televisión, computadora), contenido (simple, complejo, imagen de la discapacidad positiva o negativa), formato del mensaje (visual, auditivo, táctil) y contexto donde se efectúa la comunicación (iluminado, ruidoso, etc).

Barreras físicas del entorno: obstáculos que existen para garantizar el desplazamiento de las personas en condiciones de seguridad, comodidad y autonomía. Se pueden dividir en tres tipos: las arquitectónicas, las urbanísticas y las del transporte (OACDH,2014:79).

En relación a estas últimas, Alonso (2003) distingue:

Barreras Arquitectónicas: las que se presentan en los edificios.

Barreras Urbanísticas: las que se presentan en la estructura e instalaciones urbanas y en los espacios no edificados de dominio público y privado.

Barreras en el Transporte: las que se presentan en las unidades de transporte particular o colectivo (de corta, media y larga distancia), terrestre, marítimo, fluvial o aéreo.

Barreras en las Telecomunicaciones: las que se presentan en la comprensión y captación de los mensajes, vocales y no vocales y en el uso de los medios técnicos disponibles.

Todas ellas son presentadas a las PcD como obstáculos, por lo que

“En definitiva, la accesibilidad hoy es un término amplio y relativo, imprescindible tanto para conseguir una igualdad de oportunidades efectiva para todas las personas, como para optimizar el diseño de un entorno, producto, o servicio. En ambos casos, el avance se conseguirá mediante acciones combinadas en las que las leyes y programas se complementen con la concientización social, la formación de los profesionales o la coordinación entre las administraciones responsable”. (Alonso, 2007:17)

Las contradicciones generadas por la falta de accesibilidad son problemas directamente relacionados con el ejercicio de derechos. Como política pública inclusiva, el CUD es una herramienta básica que apunta a compensar las desventajas sociales que la discapacidad produce, favoreciendo el acceso a derechos y prestaciones de distinta índole con miras a equiparar oportunidades.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse en la década de los 60, hasta ir incorporándose cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. No existe una definición única ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizado. Se han tomado algunos a modo de ejemplificar su diferencia y utilización:

“La calidad de vida incluye aspectos vitales, tales como los físicos, fisiológicos y psicosociales (emocionales, espirituales, de roles, de interdependencia, de autoestima). (Posada, 2004:2).

“... Se considera que la calidad de vida es un concepto multidimensional en el cual se integran distintos componentes objetivos como la salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, medio ambiente, derechos, así como el juicio subjetivo individual y colectivo, acerca del grado en el que se ha alcanzado la satisfacción de necesidades, expectativas, siendo necesario disponer de políticas de bienestar social, basadas en los Derechos Humanos Universales para garantizar la igualdad de oportunidades, concretadas en leyes, planes, programas, servicios y prestaciones, como derechos universales”. (Barranco; 2009:135)

Asimismo, Aspilcueta sostiene que:

“... designa a un sentimiento de Bienestar General y la satisfacción subjetiva en varios ámbitos de la vida como la salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, competencias, sentido de pertenencia, integración de las personas con su entorno...” (Aspilcueta, 2009: 58) .

Según lo establecido por la OMS (2012), es

“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

En relación a ello, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sostiene en su preámbulo que:

“(…) los Estados que pasan a ser parte de la Convención convienen en promover, proteger y asegurar el pleno disfrute, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad intrínseca.”

Por otro lado, Garrant (2002) clasifica los diferentes instrumentos de calidad de vida en cinco ámbitos:

- Medidas que evalúan una dimensión específica sobre aspectos particulares de la salud, como el bienestar psicosocial.
- Evaluaciones genéricas de la calidad de vida que pueden ser aplicadas tanto a la población en general como a situaciones o personas particulares.
- Evaluación de calidad de vida en una condición de salud o población con condición de salud específica.
- Medidas individualizadas donde se incluyen aspectos en los cuales el encuestador determina el peso relativo o la importancia de la medida desde su propia visión.
- Medidas de utilidad, desarrolladas para evaluación económica, donde incorpora preferencias de los estados de salud.

Ante ello, se observa que las personas con discapacidad enfrentan diversos obstáculos relacionados con políticas y normas insuficientes, actitudes negativas, prestación insuficiente de servicios, problemas con la prestación de servicios, financiación insuficiente, falta de accesibilidad, falta de consulta y participación, los cuales influyen directamente con su calidad de vida. (Organización mundial de la salud, 2011:11-12)

En este sentido, se puede observar cómo elementos como el CUD pueden generar cambios o modificaciones en la calidad de vida de los sujetos con discapacidad.

Material y métodos

Se llevó a cabo una investigación cualitativa. Jiménez-Domínguez (2000) sostiene que los métodos cualitativos emergen del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales (Jiménez-Domínguez 2000:2).

Por lo tanto, y teniendo en cuenta que el eje está puesto en obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como la presentan las personas encuestadas, se considera lo más apropiado para este estudio, ya que lo que se busca es una comprensión de las perspectivas de las mismas.

Los acercamientos de tipo cualitativo reivindican el abordaje de las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico; el estudio de la vida cotidiana como el escenario básico de construcción, constitución y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano y, por último, ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas (Casilimas, 1996:15). En este sentido,

“La investigación cualitativa nos permite un modo singular de aproximarnos a nuestro objeto de estudio, la cual tiene múltiples relaciones con la particularidad del Trabajo Social. Entendiendo que el Trabajador Social realiza su práctica en el espacio de la vida cotidiana de los sujetos, y que dicha práctica no constituye una acción “aislada”, “abstracta” o “independiente” de las múltiples determinaciones que constituyen la realidad, la investigación cualitativa se presenta como el camino fecundo para aproximarnos al descubrimiento, conocimiento y valorización de los sujetos histórico-sociales con los cuales construimos nuestra práctica profesional.” (Parra, 2008:5).

Asimismo, este estudio tiene un carácter exploratorio (Hernández, Fernández y Baptista. 1998; 58), pues representa un primer acercamiento a una temática poco explorada y que permitirá profundizarla en sucesivas investigaciones.

Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas. Se caracterizan por ser más flexibles en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos, y son más amplios y dispersos.

Descripción del ámbito de estudio

La investigación se desarrolla en I.Na.Re.P.S. como sede de seis Juntas Interdisciplinarias Evaluadoras y emisoras de CUD, considerando los criterios de valoración de la discapacidad establecidos por la CIF y SNR, al amparo de las Leyes N° 22.431 y N° 24.901:

Población

Unidad de análisis:

- Pacientes mayores de 18 años certificados por las juntas evaluadoras de I.Na.Re.P.S que se encuentren realizando tratamiento activo en la institución.

Criterios de Inclusión

- Personas mayores de 18 años que posean CUD
- Que realicen tratamiento activo en I.Na.Re.P.S.
- Que puedan expresarse verbalmente.
- Que deseen participar de las entrevistas.
- Que den su consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Quedarán excluidas aquellas personas que posean una discapacidad cognitiva.
- Que reciban tratamiento de rehabilitación en modalidad de internación domiciliaria.
- Que no den su consentimiento informado.

Parámetros muestrales

El tipo de muestra elegido corresponde a una muestra no probabilística, ya que los sujetos serán seleccionados a criterio personal e intencional del investigador.

En este tipo de muestreo, denominado también muestreo de modelos, las muestras no son representativas por el tipo de selección, son informales o arbitrarias y se basan en supuestos generales sobre la distribución de las variables en la población (Pimienta Lastra, 2000: 265).

Dentro de este tipo, se utilizará una muestra no probabilística por conveniencia, que está integrada por aquellos casos disponibles a los cuales los y las investigadores/ras tienen acceso. Se invitará a participar a pacientes del I.Na.Re.P.S conocidas por el investigador o que hayan sido recomendadas por otros profesionales.

Se propone como tamaño de la muestra la realización de 20 entrevistas a fin de poder recolectar información útil a dicha investigación.

Técnica de Recolección

Para la presente investigación se utilizan entrevistas semiestructuradas, entendiendo a las mismas

como un “proceso de comunicación que se realiza entre dos personas, el entrevistado y el entrevistador. En este proceso, el entrevistador obtiene información del entrevistado, por lo tanto la entrevista es considerada una conversación formal” (Bastidas, 2017: 1)

Las entrevistas semiestructuradas parten de preguntas planteadas siguiendo un guión temático, que pueden ajustarse a los entrevistados, por lo que su ventaja se basa en la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Es decir que se recomienda por su carácter conversacional a fin de no oprimir a las personas participantes. Desde el interaccionismo simbólico se genera un ámbito coloquial que facilita la comunicación entre quienes interactúan (Ozonas; Pérez,2004).

Por todo ello, se considera enriquecedor la utilización de la mencionada metodología, permitiendo recuperar la palabra del sujeto sin limitarla a categorías preestablecidas. Esto permite arribar a diversas realidades, observando el verdadero impacto del CUD en la vida cotidiana, objetivo de la investigación.

Consideraciones éticas

El presente estudio sigue los lineamientos y principios éticos establecidos por la Ley 11.044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Ley 25.316 de Protección de Datos Personales y la Resolución Ministerial N° 1480/11 (Ministerio de Salud de la Nación). En esta última se establece que toda investigación que involucra seres humanos debe basarse en valores éticos fundados en el respeto por la dignidad de las personas, el bienestar, la integridad física y mental de los participantes. Asimismo, se tendrán presentes los tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Con respecto del primer punto: implica que las personas autónomas o capaces de deliberar sobre sus decisiones sean respetadas en su capacidad de autodeterminación, libres de toda influencia indebida y de coerción, y que las personas absoluta o relativamente incapaces de otorgar un consentimiento reciban protecciones especiales adicionales.

La autonomía es la capacidad de autodeterminación de una persona para tomar una decisión de manera voluntaria, en función únicamente de los propios valores, intereses y preferencias, y siempre que cuente con la información necesaria para evaluar las opciones. Una persona autónoma, por definición, puede otorgar su consentimiento informado sin necesidad de otra protección que la de recibir la información que necesite para deliberar libremente (Resolución Ministerial N°1480/).

En torno al segundo punto, implica que los riesgos de una investigación deben ser razonables frente a los beneficios previstos, que la investigación esté bien diseñada y que los investigadores sean competentes, garantizando el bienestar de los que participan en ella.

Por último, el tercer principio hace referencia a la obligación ética de tratar a cada persona de manera equitativa.

En torno al consentimiento informado, deberá incluir los siguientes elementos: competencia para tomar decisiones del potencial participante o su representante legal, información clara y completa antes y durante la investigación, comprensión de la información, decisión voluntaria y libre y documentación de todo el proceso. La comprensión de la información depende de la madurez, inteligencia y educación de los individuos, pero también de la capacidad y voluntad del investigador para transmitirla

Por otro lado, en este documento deben figurar los datos vinculados al estudio de investigación y sus objetivos y el interesado debe ratificar y expresar su voluntad de participar en la investigación por medio de su firma. Asimismo, para el presente estudio se preserva la identidad de los entrevistados y en caso de transcribir sus respuestas se asignará a cada una/o una sigla que lo caracterice. Ésta consta de 1 letra, la que especifica el género de la persona (M: mujer, u H: hombre) y el N° de años.

Se presenta en el Anexo (agregado al final de este trabajo) el modelo de consentimiento informado utilizado en el presente estudio.

Análisis de los datos

Para analizar los datos, primeramente se debe examinar el total de entrevistas realizadas para ubicar y distinguir las categorías existentes a la luz de la teoría.

Estas categorías se irán uniendo a través de conceptos “claves” descubriendo o verificando el mayor número de conexiones posibles. Para este análisis se utiliza el Método Comparativo Constante (MCC), tomando lo planteado por Glasery Strauss (1999) en AdreuAbela et all (2007), quienes identifican 4 fases:

Comparación de sucesos aplicables para cada categoría: La primera tarea es codificar cada suceso para formar categorías analíticas, lo que implica conceptuar los datos, identificar las semejanzas y diferencias a partir del análisis inductivo de los incidentes sociales observados en el contenido de la información recolectada.

Integración de las categorías y sus propiedades: La comparación permite la construcción de categorías o clases (conceptos) y la determinación de sus características o propiedades basadas en patrones repetidos.

Delimitación de la teoría: Cuando el análisis está avanzado es importante delimitar las categorías y perfilar la teoría. Se desestiman las propiedades no relevantes, se integran las más significativas y se reducen las categorías que están relacionadas. El resultado es un conjunto más pequeño de categorías de mayor nivel conceptual. Este proceso da como resultado la saturación teórica, producto del muestreo teórico.

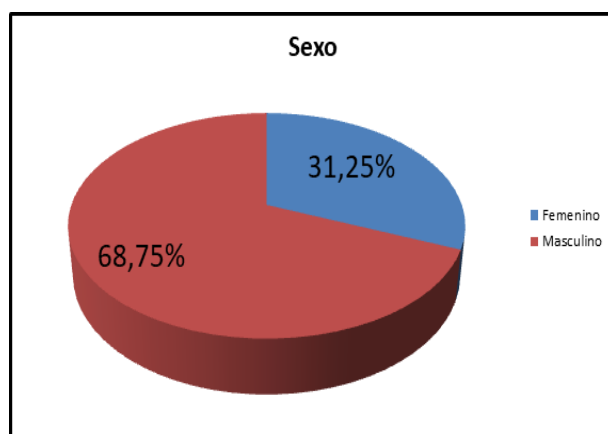
Redacción de la teoría: Una vez que se cuenta con los datos codificados, las categorías y un postulado teórico, se contará con los elementos necesarios para la redacción del informe.

Análisis de resultados cuantitativos

Como primer momento se establece el perfil socio-demográfico de la población bajo estudio, según las siguientes variables: Sexo, Edad, Nivel de escolaridad alcanzado, Situación laboral y Cobertura de salud.

Se entrevistó a un total de 16 personas, 5 de sexo femenino y 11 masculino.

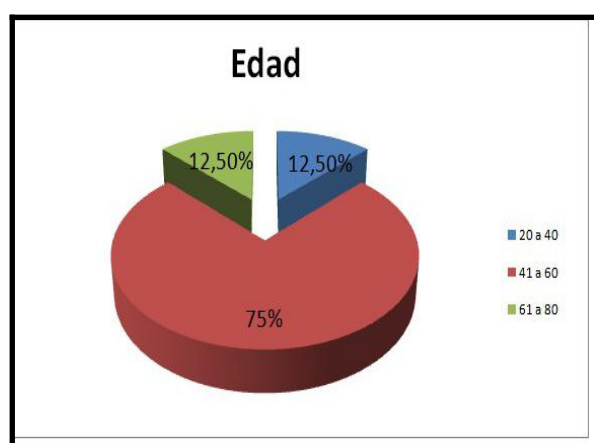
Gráfico 1: Sexo de los pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S. en Mar del Plata. Periodo junio 2019- mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

Con respecto a la edad de los participantes, se observa que el rango etario varía entre los 26 a 63 años, siendo la media de 51,75.

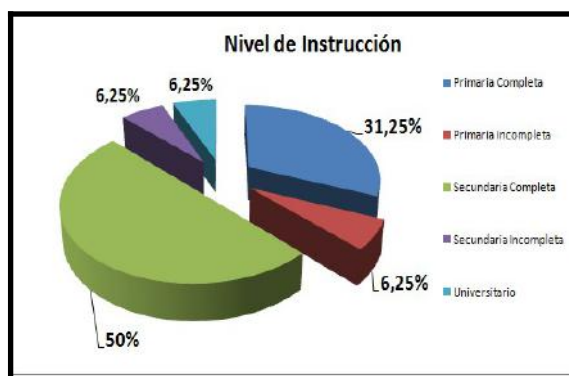
Gráfico 2: Edad de los pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

Al analizar la categoría Nivel de Instrucción, los resultados arrojaron que un 50% corresponden al nivel secundario completo, seguido del 31,25% del nivel primario completo, mientras que 6,25% corresponden a las categorías primaria incompleta, secundario incompleto y universitario respectivamente.

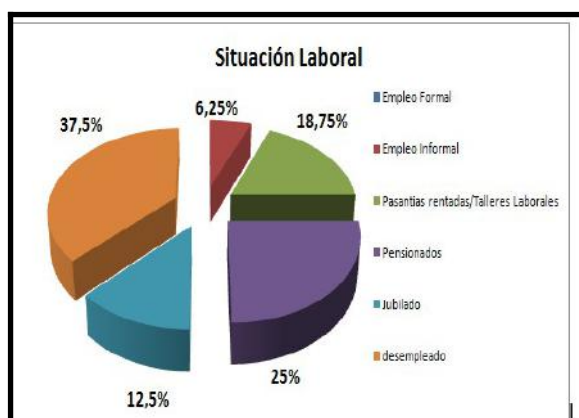
Gráfico N°3: Nivel de instrucción en pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S en Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

En cuanto a la situación laboral el Gráfico N° 4 muestra que un 6,25% corresponde al empleo informal, 37,5% son desempleados, 12,5% son jubilados, 25% son pensionados y 18,75% corresponden a pasantías rentadas/becas laborales. Asimismo no se registran personas con empleo formal.

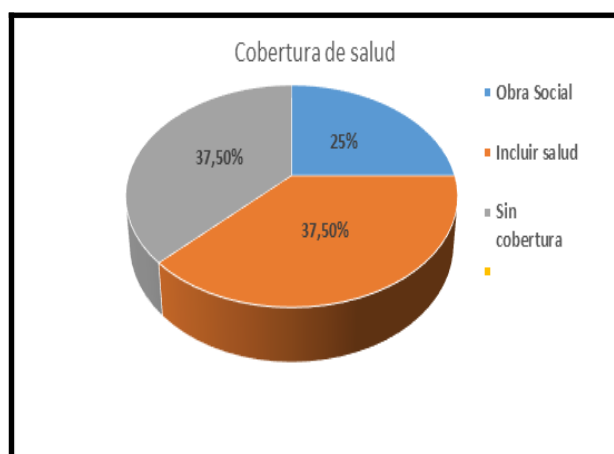
Gráfico 4: Situación laboral en pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

Respecto a la cobertura de salud el Gráfico N° 5 muestra que el 37,5% se encuentra absorbida por el Programa Estatal Incluir Salud, con el mismo porcentaje se hayan quienes no poseen ningún tipo de cobertura, recibiendo atención de los servicios de Salud Pública, mientras que el 25% de ellos cuentan con Obra Social.

Gráfico 5: Cobertura de salud en pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S en Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

Análisis de resultados cualitativos

En relación a la definición que las personas entrevistadas pudieron dar sobre el Certificado Único de Discapacidad (CUD), se puede destacar a aquellas que hacen referencia a un documento, un beneficio o un derecho:

“Es una herramienta que brinda posibilidades y facilita trámites” (H, 50)

“Es un bien necesario para las personas con discapacidad y es un derecho” (M,51)

“Es como una partida de nacimiento, un documento” (M,42)

En torno a los motivos que generaron la gestión del CUD, las respuestas fueron disímiles:

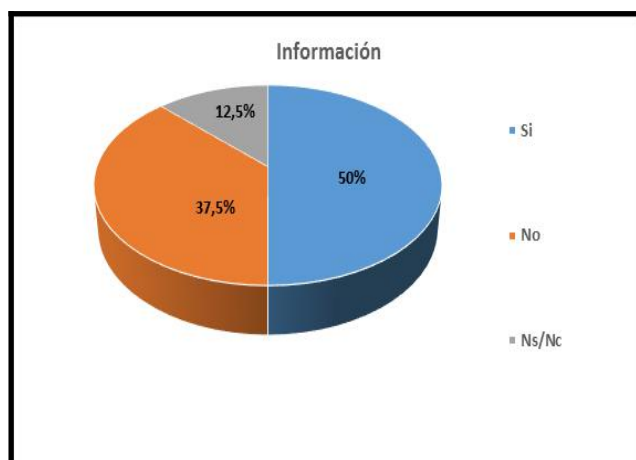
“Lo realice estando internada, por indicación médica” (M, 60)

“Por la pensión”(M, 50).

“Lo realicé para demostrar mi diagnóstico por el accidente” (H,34).

Al indagar si recibieron información sobre CUD, el 50% respondió positivamente, el 37,5% negativamente, mientras que el 12,5% no brinda información.

Gráfico 6: Obtención de información en pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S en Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

En los casos de respuesta afirmativa, se indaga sobre el momento y la forma en que recibió esa información:

“Recibí información en la medida que lo fui utilizando y por otros pacientes” (H,50)

“Me brindó información el servicio social de esta institución”(M,53)

-”Me dio información el fisiatra al comenzar el tratamiento explicandome que con el CUD podría participar de los talleres laborales”(H,26)

De los datos arrojados se establece que el 37,5% recibió información del Servicio Social, mientras que el 25% fue informado por el equipo tratante, por su parte el otro 25% establece que fue la institución sin especificar la especialidad, mientras que el 12,5% relata que terceros le ha explicado los derechos a los cuales accede mediante el CUD.

Gráfico 7: Procedencia de la información recibida por pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S en Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

En consideración a si esta información les resultó suficiente, un 62,5% respondió que sí mientras que el 37,5% manifiesta que fue insuficiente.

Gráfico 8: Características de la información recibida en pacientes certificados por la junta evaluadora de I.Na.Re.P.S en Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

Ante la posibilidad de ampliar la información se observan respuestas como:

“Si, me gustaría recibir información en entrevista con profesionales” (F,58)

“Si, aunque se me hace difícil entenderlo” (H,42)

“Si, sobre dudas que me van surgiendo a medida que lo utilizo” (H,60)

Al indagar sobre la forma que consideran más adecuada para recibir información al respecto, los participantes manifiestan que:

“Me gustaría recibir información con folletos” (M, 50).

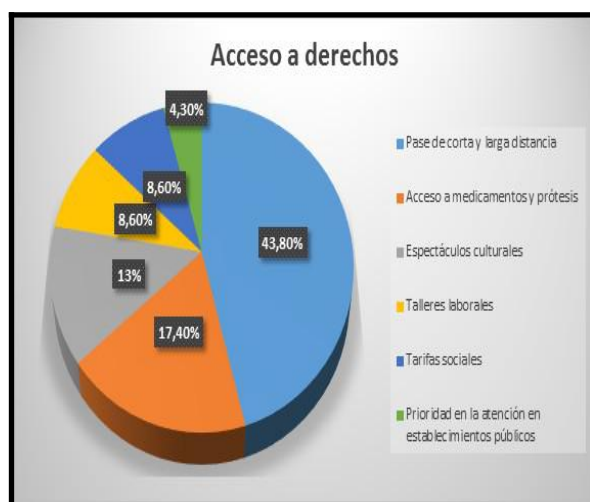
“Me gustaría recibir más información con folletos o carteles” (H,50).

“Me gustaría que se realicen reuniones informativas, acá mientras esperas el turno” (M,60).

Con referencia a los derechos que el CUD les permitió acceder, el 43,8% de los participantes destacan en primer lugar el pase de colectivo para viaje de corta y larga distancia, seguido por el 17,4 % que lo ubica como medio de acceso a medicamentos y prótesis. En tanto el 13% reconoce que el CUD permite el acceso a espectáculos culturales. Por su parte, el 8,6% hace referencia que logró incorporarse a los talleres brindados desde I.Na.Re.P.S por contar con este documento. A su

vez, el mismo porcentaje menciona que les permite acceder a la tarifa social; mientras que el 4,3% establece su uso para la prioridad de atención en establecimientos públicos y comercios, así como para el libre estacionamiento.

Gráfico 9: Referencia a los derechos que accedieron mediante el CUD. Mar del Plata. Período junio 2019 - mayo 2020.



Fuente: Información proporcionada por los entrevistados. Pacientes de I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. Año 2019

Si bien se observa que la mayoría de los participantes han accedido a diversos derechos, hay excepciones que confirman que ante la desinformación se limita la utilidad de este documento. Esto queda reflejado en los siguientes relatos:

“(…) lo tengo guardado en mi casa, no conozco para qué usarlo” (H, 63)

“No sé bien para que usarlo, porque nadie me explicó” (M, 26)

En torno a los derechos no contemplados por el CUD, pero que los sujetos consideran que deberían ser incorporados, en su mayoría identifican el acceso a un empleo acorde a sus capacidades, contar un ingreso económico que supere el monto de la pensión, la exención de pagos como el registro de conducir, mayor cobertura de insumos -principalmente remedios-, etc. Se observa que la demanda correspondiente al acceso a un ingreso económico presenta un rango etario que varía entre los 26 y 60 años de edad. Por su parte, entre 40 y 50 son quienes hacen referencia a la necesidad de apoyo con respecto a la medicación:

“Si, el aspecto laboral debería ser contemplado ya que únicamente con el ingreso de la pensión no alcanza para cubrir necesidades básicas” (F, 53)

“Debería considerar una mayor cobertura de medicamentos” (F, 51)

“Si, eximición del pago de registro de conducir” (M, 50)

En relación al derecho a la salud, la vivienda digna, el esparcimiento, que apuntan a mejorar la calidad de vida, los entrevistados reconocen un impacto positivo en su calidad de vida:

“Si, acceso a la medicación, tarifa social, silla de ruedas, cosas que no podía tener por mi situación económica”(H, 42)

“Si ya que el pase de colectivo me permitió ir al centro, a la plaza, conocer” (H, 26)

“Lo utilizo para viajar, para tener los remedios, para ir a los espectáculos” (M, 53)

Por último, en relación a los obstáculos que enfrentan cotidianamente, se refleja en los siguientes relatos:

“Problemas en el transporte, deberían habilitar más cantidad de asientos para viajar en todas las empresas de larga distancia” (M, 50)

“En los medios de transporte por problemas en la accesibilidad” (M, 53)

“En el transporte porque se sufre la discriminación de la gente que no te cede el asiento” (M, 50)

“El pase multimodal no te garantiza un pasaje ya que se tiene que pedir de manera electrónica 48 horas antes de viajar con lo complicado que es eso, y ante una situación de urgencia no te dan una respuesta” (H,50)

Discusión

Siguiendo con los resultados, la muestra arrojó que ningún participante ha podido dar una definición exacta -ni vinculada- con lo que establece la Ley acerca de lo que es el CUD. Dan una explicación según sus propios alcances simbólicos; entienden al mismo como herramienta que proporciona equidad, es decir, en la mayoría de los casos es percibido de manera positiva como “una ayuda que me hace feliz” o “un derecho” (sic).

En torno a la información recibida, se observa la intervención y la orientación proporcionada por el Servicio Social de INaRePS. Sin embargo, a la luz de las entrevistas, la misma no ha logrado cubrir las expectativas de los sujetos ya que muchas veces resultó escasa e ineficaz. Se establece que el 37,5% quiere recibir mayor información, mostrando gran interés ante la posibilidad de contar con espacios de reflexión y problematización que permita el intercambio, la orientación y la aclaración a las dudas surgidas en la utilización cotidiana del CUD.

Creemos necesario, entonces, continuar indagando sobre las formas adecuadas de transmitir dicha información de manera que facilite el acceso a derechos. La experiencia nos indica la necesidad de profundizar en acciones concretas, como talleres en sala de espera o entrega de folletos informativos que faciliten la tarea.

Por otro lado, si bien contar con el CUD es algo sumamente positivo para algunos, para otros puede considerarse una etiqueta social que los desvaloriza o estigmatiza, debido a las barreras actitudinales y a la discriminación que enfrentan a diario. Aquí toma relevancia una correcta

información que guíe a la comunidad en general, para que este certificado no se convierta en una etiqueta social sino en un real documento que permita la accesibilidad favoreciendo la vida de las personas y no aumentando aún más sus padecimientos.

Es de destacar que los discursos que se repiten giran en torno al poco o casi nulo acceso a un empleo formal, mayor cobertura de insumos médicos y medicación, eximición de pago de licencia de conducir, que aún no estarían contempladas.

De los aspectos mencionados, la necesidad de un ingreso económico a través de un trabajo formal es una cuestión que los participantes remarcan como primordial. Si bien el CUD ha influido positivamente en el otorgamiento de becas/talleres laborales, se dan siempre en el marco de la informalidad y los ingresos económicos no permiten cubrir las necesidades básicas. Es por ello que esto sigue prevaleciendo como cuestión relevante, sin lo cual no se puede pensar en participación plena en otros ámbitos de la vida cotidiana.

Por todo lo mencionado -y visualizando nuestro objetivo general- es que consideramos que si bien el CUD es un gran avance en la protección de los derechos de las personas con discapacidad, aún faltan aspectos elementales para el completo bienestar del sujeto. Al realizar las entrevistas salieron a la luz las verdaderas necesidades no contempladas, que son elementos esenciales para lograr un piso de igualdad social.

Conclusiones

Entender al CUD desde un enfoque de derechos implica que la orientación está dada hacia los intereses del pueblo a partir de procesos de gestión social para el progreso de su comunidad.

A lo largo de esta producción, los entrevistados han dado cuenta del conocimiento que poseen sobre el CUD como política pública inclusiva y como herramienta básica que apunta a compensar las desventajas sociales que provoca la discapacidad, favoreciendo el acceso a derechos y prestaciones de distinta índole con miras a equiparar oportunidades.

Es de destacar que la mayoría de los participantes reconocen entre los derechos a los que acceden con el CUD, la gratuidad del transporte público y la medicación, el acceso a espectáculos, seguidos por el cupo laboral y las tarifas sociales. De acuerdo a los datos recabados se podría decir que existe un conocimiento parcial sobre los derechos a los cuales pueden acceder.

Realizando una breve comparación con “El estudio Nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. Resultados definitivos 2018” se establece que entre sus principales usos se destacan el pase libre de transporte, la cobertura integral de medicación y salud. En Gran Buenos Aires el pase libre de transporte es el más utilizado, con un 93,4%, por lo que este conocimiento parcial se refleja en los ámbitos en que se usa el mismo.

Por otro lado, identifican y describen las dificultades que enfrentan cotidianamente, tanto físicas, administrativas/temporales, como actitudinales; lo cual limita su participación, su independencia y su autonomía. Esto demuestra la presencia de múltiples barreras que influyen negativamente en su calidad de vida.

El 62,5% establece que existe un reconocimiento de sus derechos. Sin embargo, coinciden en

que las dificultades se presentan al querer concretarlos. Estas problemáticas no sólo las vinculan a barreras arquitectónicas sino que identifican la discriminación o incomprensión por parte del resto de la sociedad y la ausencia del respeto por sus derechos.

Es así como la accesibilidad se torna importante, no sólo como una condición que posibilita a las personas desplazarse y hacer uso de los espacios y servicios disponibles en la comunidad sino la posibilidad de contar con lugares adecuados y actitudes positivas que incidan en la participación, en su calidad de vida y desarrollo personal. La escasa accesibilidad en el entorno resulta ser un obstáculo para la plena participación social.

Del mismo modo, mencionan sus intereses y expectativas sobre los cuales el CUD debería tener injerencia. Esto conlleva a repensar cuál es el lugar, desde dónde el Estado aborda las políticas públicas que permitan la inclusión y la equidad de estos sujetos promoviendo el acceso a la educación, trabajo, participación socio-política, justicia, transporte, educación, etc., que claramente traspasan las áreas de salud o de acción social. Las mismas deben ser eficientes y generar igualdad de oportunidades, además de tener una relevancia primordial, ya que sin ellas es imposible construir sociedades equitativas.

En este sentido, es fundamental hacer énfasis en que los ejes rectores apuntan a velar por la no discriminación de las PcD en el ejercicio de cualquiera de sus derechos humanos. Para ello, debe entenderse al CUD englobado dentro de este conjunto de políticas. De este modo, el Estado fomenta una concientización que permite remover los obstáculos que existen en la práctica, que facilite y permita el acceso con dignidad sobre la base de un enfoque de derechos, entendiendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona, comprendiendo a su vez que la misma resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás, siendo la obligación del Estado remover dichas barreras.

Notas

-1- CIE 10. Se trata de la clasificación estadística internacional de la discapacidad, de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°, 3°, y 4° posición. Convierte los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, en códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y de Participación; de manera similar, engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con los otros factores. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

-2- La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (CIF), es una clasificación de referencia y junto con la CIE constituyen las clasificaciones más importantes de la FCI (Familia de Clasificaciones Internacionales, PAHO (Organización Panamericana de la Salud: OPS).

Bibliografía

ACNUDH, FAQ sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/FAQ.aspx>.

Alonso, F. (2003). Plan de accesibilidad 2003-2010. Recuperado de: <https://recercat.cat/handle/2072/4720>

Alonso, F. (2007). Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. TRANS, Vol. N°2, pp.15-30

Aspilcueta, A. (2008). Discapacidad y calidad de vida. Recuperado de: http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_09_1_discapacidad-y-calidad-de-vida.pdf

Barraco, D. (2009). Trabajo Social, Calidad de vida y estrategias resilientes. Porturaria, Vol IX, N° 2, 2009, pp 133-145.

Bastidas, S. (2017). Entrevista semiestructurada. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/nicolasobando1/entrevista-semi-estructurada-1-81293674>

Casilimas, C (1996). Investigación cualitativa. Bogotá, Colombia: ICFES.

Castiel, L. D. y Sanz-Valero, J. (2010): El acceso a la información como determinante social de la salud. Nutrición Hospitalaria, Vol. N°25, pp.26-30.

INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Buenos Aires, Argentina

ONU (2018). Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Buenos Aires, Argentina INDEC.

Fernández, A. M. (1994): La mujer de la ilusión. Buenos Aires, Argentina, Paidós.

Ferreira, M. A. V., & Ferrante, C. (2010). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política Y Sociedad*, 47(1), 85 - 104. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130085A>

Garrant, A., Schmith, P., Mackintosh, A. (2002). Quality of lifemeasurement: bibliographicstudy of patientsassessedhealthoutcomemeasures. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12065262>.

Garro, M. E. Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Dirección de Investigación para la Salud

Garozzo, N. (2017): Derecho a la información sanitaria. Diccionario enciclopédico de legislación sanitaria (dels).

Guzman Suarez, O. (2013). Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social. Rev. Salud Pública, Vol.15, N° 1, p. 149-157.

Hernández R, Fernández C, y Baptista P, (1998). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana editores. Obregón, México:Mac Graw Hill Education.

Jiménez-Domínguez, B. (2000). Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la

lógica binaria y la ilusión de la pureza. Investigación cualitativa en Salud. Recuperado de: <http://kanankil.blogspot.com/2009/09/introduccion-elementos-de-investigacion.html>

Jiménez G. , Rozo Reyes, C. (2016): La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de AmartyaSen. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades. Sevilla, España, Araucaria.

Ley 22.431 disponible en www.infoleg.com

Ley 24.901 disponible en www.infoleg.com

Ley 26.378 disponible en www.infoleg.com

Ley 26.529 disponible en www.infoleg.com

Lobato, M., Romañach, J. (2005): Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de vida independiente. Recuperado de: <http://www.forovidaIndependiente.org/node/45>

Martínez, M. (1998). La investigación cualitativa etnográfica en educación. México, Trillas. Recuperado de: www.salud.gob.ar/dels/printpdf/77

Organización Mundial de la Salud (OMS). El derecho a la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Ozón, L., Pérez, A. (2014). La entrevista semi estructurada. Notas sobre una práctica metodológica desde una perspectiva de género. Neuquén, Argentina, La Aljaba

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Cetafe, Madrid, CINCA.

Parra, G.(2008). El camino de la investigación cualitativa. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-068.pdf>

Pimienta Lastra, R (2000). Política y cultura. México, Redalyc.

Posada, A. (2004). Las personas con discapacidad: su calidad de vida y la de su entorno. Bogotá, Colombia, Aquichan.

Sánchez, A. (2016): Estrategias metodológicas para el estudio de la inserción socio laboral de las personas con discapacidad. Revista Española de Discapacidad, Vol. 4 (I) p.p. 97-117.

Páginas web:

Página web Servicio Nacional de rehabilitación disponible en <https://www.snr.gob.ar/cud/>

Página web de la Municipalidad de General Pueyrredón disponible en <https://www.mardelplata.gob.ar>

Anexo

Usted ha sido invitado a participar de un estudio de investigación, cuyo objetivo principal es explorar los alcances del CUD como herramienta para el acceso a derechos en pacientes certificados por las juntas evaluadoras de I.Na.Re.P.S.

El estudio respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11.044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, su decreto reglamentario y la Ley 25.316 de Protección de Datos Personales.

Este trabajo es requisito para cumplimentar el año de residencia y será presentado en las Jornadas Científicas de Residentes de I.Na.Re.P.S., que se realizará en mayo de 2020.

La participación es completamente voluntaria y depende únicamente de su decisión. Usted puede negarse a participar y/o abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello provoque perjuicios de ningún tipo. La información que se recoja será confidencial y únicamente con fines académicos, de investigación y científicos. La participación del estudio no generará ningún beneficio económico.

Desde ya, agradecemos su participación.

Yo, _____, he leído este

Consentimiento Informado y he recibido la información necesaria sobre el estudio.

Firma del participante: _____ Lugar y fecha: _____

Apellido y Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Instrumento para la recolección de datos

Sexo:

Edad:

Nivel de instrucción:

Situación laboral:

Cobertura de Salud:

1. ¿Hace cuánto tiempo que obtuvo el CUD?
 2. ¿Recibió información sobre el CUD? En caso de respuesta afirmativa:
¿En qué momento? ¿Qué tipo de información? ¿Por parte de quién recibió esta información?
 3. Esa información: ¿Le resultó suficiente o insuficiente?
 4. ¿Cuál fue el motivo por el que gestionó el CUD?
 5. Acceder al mismo ¿Cumplió con las expectativas?
 6. ¿Considera que generó cambios en su calidad de vida? En caso de respuesta afirmativa:
¿Cuáles?
 7. ¿Consideras que existen otros aspectos que deberían ser contemplados por el CUD y no lo están?
 8. ¿Se le presentó algún obstáculo en el acceso a derechos aun teniendo CUD?
 9. En pocas palabras defina qué es para usted el CUD.
-