

# **DISCAPACIDAD Y RELEVAMIENTOS ESTADÍSTICOS**

LIC.TS. INÉS NÚÑEZ

SOC. SILVIA SANTOS



## DISCAPACIDAD Y RELEVAMIENTOS ESTADÍSTICOS

Asesoría en Políticas en Seguridad Social

Lic.TS Inés Núñez

Soc. Silvia Santos

Junio 2019

### Resumen

*La forma de entender y concebir la discapacidad ha variado a lo largo del tiempo y de las distintas culturas. A partir del siglo pasado la temática fue tomando visibilidad; se incrementaron los estudios de especialistas y el protagonismo de las personas con discapacidad. Hoy es considerado un tema de derechos humanos y las organizaciones internacionales han acompañado esta visión. Para que estos derechos se concreten en la realidad es fundamental que la información sobre las personas con discapacidad sea fidedigna, oportuna y armónica. El documento da cuenta de las distintas concepciones sobre la discapacidad, la normativa nacional e internacional, así como las estadísticas aplicadas hasta la fecha.*

**Palabras clave:** *personas con discapacidad, modelo social, censo, encuesta.*

## 1. Introducción

El enfoque sobre la discapacidad ha ido variando a lo largo del tiempo; incluso en un mismo momento histórico pueden existir diferentes concepciones según diferentes culturas.

La discapacidad es un fenómeno vinculado a los valores y creencias que cada sociedad construye en un determinado momento histórico; por lo tanto el enfoque que se le da al concepto incide en todos los ámbitos de la vida en sociedad y en la forma de relacionarnos.

Asimismo, las formas de concebir la discapacidad permean en las normativas y en la forma de medirla. Es así que la información sobre discapacidad en un país y momento determinado, también se verá condicionada por las distintas concepciones.

Se realiza una breve descripción de los principales modelos o paradigmas que se han generado para abordar el tema y las normativas internacionales y nacionales vigentes. Se muestra el resultado de relevamientos a través de distintas técnicas de recopilación

de datos y de distintas fuentes a nivel nacional, tratando de hallar una correspondencia con los distintos modelos de discapacidad.

## 2. Modelos o paradigmas de discapacidad

Desde el campo de las ciencias sociales se estudia cómo las sociedades conceptualizan y actúan en los temas vinculados a la discapacidad, generando diferentes enfoques<sup>1</sup>, los que han dado lugar a iniciativas sociales y políticas públicas.

Actualmente la discapacidad es un tema estrechamente relacionado con los derechos humanos, sin embargo esto no siempre ha sido así. A lo largo de la historia se ha pasado de concebir la discapacidad como un estigma con un fuerte componente de discriminación y exclusión, hasta llegar al actual modelo social, que la considera como el resultado de la interacción entre las personas con diversidad funcional y las barreras sociales existentes.

### 2.1 Modelos tradicionales

Dentro de lo que pueden llamarse modelos tradicionales, las deficiencias son asociadas a un castigo divino<sup>2</sup>. Se subestima a las personas con discapacidad, considerando que no están capacitadas para hacer las cosas como el resto. Se las considera personas dependientes por lo que deben ser objeto de caridad y de lástima. Algunos autores<sup>3</sup> identifican un modelo de “integración utilitaria”, en el cual se acepta a las personas con discapacidad aunque con resignación, pensando en el destino o la fatalidad y un modelo de “exclusión aniquiladora”, en el cual se encierra y oculta a las personas en el hogar.

Palacios<sup>4</sup> desarrolla el paradigma de la prescindencia ubicándolo como más lejano en el tiempo. Esta concepción considera a las personas con discapacidad innecesarias, porque se estima que no contribuyen a la comunidad. Supone que las causas que dan origen a la discapacidad son de carácter religioso, producto de mensajes de dioses enojados por algún comportamiento de los progenitores, en consecuencia la sociedad

---

<sup>1</sup> Si bien los términos “paradigma” y “modelo” se han utilizado acerca de la discapacidad como sinónimos, es posible hacer una distinción. El paradigma es una forma de ver el mundo de acuerdo a determinado conocimiento científico acerca de la realidad, universalmente reconocido, basado en un esquema ideológico concreto, es una forma de aproximarse científicamente a la realidad. El modelo es una representación simplificada de la realidad en la que se destacan las relaciones más significativas y definitorias del fenómeno. Por lo tanto los modelos se insertan dentro de paradigmas más amplios.

<sup>2</sup> Puig de la Bellacasa, R. “Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad”, en “Discapacidad e información”. Real Patronato de prevención y Atención a Personas con minusvalía. Madrid 1990.

<sup>3</sup> Casado Pérez, D. “Panorámica de la discapacidad”. INTRESS. Barcelona 1991.

<sup>4</sup> Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CERMI, 2008.

decide prescindir de estas personas, ya sea mediante políticas eugenésicas o apartándolas del espacio social común.

Dentro de este paradigma se incluye el modelo eugenésico<sup>5</sup> y el modelo de marginación. El primero se lo puede observar con más claridad en la antigüedad clásica (Grecia y Roma). En Grecia existía una gran preocupación por la perfección corporal por lo cual la diversidad funcional era vista como una situación desgraciada siendo el infanticidio de quienes no reunían determinadas condiciones, una práctica común. Sin embargo si la deficiencia era adquirida por heridas de guerra, no existía tal estigmatización e incluso se llegaba a recibir pensiones como incentivo para las batallas. La autora concluye que el tratamiento de las personas con discapacidad tenía como objetivo principal el potencial de utilidad social de la persona, es decir que las consideraciones eran utilitarias y económicas.

El modelo de marginación de Palacios presenta como característica principal la exclusión. Ya sea por subestimar a las personas con discapacidad o por temor hacia ellas (por considerarlas objeto de maleficios), se las apartaba. Durante la Edad Media las personas con discapacidad eran marginadas junto a pobres y mendigos. Por un lado eran objeto de compasión y limosna y por otro se les negaba los mínimos recursos o se los vendía como esclavos (en caso de niños/as), en todo caso el resultado era la exclusión.

## 2.2 El paradigma de la rehabilitación

En este paradigma las causas que se alegan para justificar la discapacidad, no son religiosas como en los modelos anteriores, sino que pasan a ser científicas. Las personas con discapacidad no son consideradas inútiles respecto a las necesidades de la comunidad sino que se entiende que pueden tener algo que aportar en la medida en que puedan ser “rehabilitadas” o “normalizadas”. Las causas de la discapacidad son el resultado de limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas, por lo tanto el problema de la discapacidad se enfoca en el individuo<sup>6</sup>.

En este paradigma se busca la recuperación de la persona dentro de la medida de lo posible; la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en este

---

<sup>5</sup> Eugenesia: estudio y aplicación de las leyes biológicas de la herencia orientados al perfeccionamiento de la especie humana. En <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=eugenesia>

<sup>6</sup> Si bien los primeros síntomas del modelo rehabilitador datan de los inicios de la Época Moderna (s. XV Europa Occidental), la consolidación de este modelo puede situarse en los inicios del siglo XX. Al finalizar la Primera Guerra Mundial hubo muchos heridos de por vida denominados “mutilados de guerra”, para distinguirlos de los “discapacitados” por accidentes laborales u otras causas. La guerra al igual que el empleo podían ser causas de destrucción y debilitamiento, pero la restauración, incorporación e inserción eran necesarias y posibles para volver las cosas a su situación anterior.

camino de recuperación<sup>7</sup>. Esta implica destinar establecimientos exclusivos para la educación de las personas con un determinado tipo de deficiencia, de forma segregada respecto a personas con otras deficiencias o sin ellas.

Algunos autores entienden que en este paradigma prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda de la personas, y también se habla de un “modelo de atención especializada y tecnificada”, donde dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.

También se hace referencia<sup>8</sup> a un “modelo médico” que subyace en el paradigma rehabilitador poniendo énfasis en la patología de la discapacidad, como problema personal producto de una alteración de la salud. La respuesta social se dirige a erradicar la alteración mediante la prevención, la cura o el tratamiento prestado por profesionales. Se observa como campo principal de intervención, la rehabilitación física, psíquica o sensorial, mediante la intervención de especialistas con el fin último de adaptar o “normalizar” a las personas con discapacidad.

En esta línea Palacios y Buffini (2007:18), plantean que en el modelo médico también llamado “biológico”, la persona con discapacidad se considera desviada de un supuesto estándar de normalidad. Los autores señalan que esa concepción de lo normal no es una construcción neutra, “sino que se encuentra sesgada a favor de los parámetros físicos y psíquicos de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante”. En definitiva, ese estándar de normalidad también implica un tipo ideal que no necesariamente refleja la realidad (ni un promedio de esta), sino que conforma un ideal teórico al que “se debería” aspirar. Este ideal se basa en valores y creencias elaborados en un contexto cultural determinado que, al validar unas formas, desecha otras.

### 2.3 Modelo integrador

El principio de la integración surge en el Reino Unido en 1978 a partir del “Informe Warnock”<sup>9</sup> en el ámbito escolar para luego trascender al ámbito laboral y social. Se basa en la legitimidad de los derechos y deberes sustantivos, el reconocimiento de los principios de igualdad y el derecho a la diferencia de todas las personas. Se pone el foco en que las personas con deficiencias son integrantes de la sociedad y como tales, no se

---

<sup>7</sup> El origen de la educación especial se podría situar en los siglos XVIII y XIX, inicialmente para niñas y niños sordos. Posteriormente, se expandió a las escuelas especiales pensadas para personas con discapacidades físicas e intelectuales. Su implementación tuvo cabida a gran escala a principios del siglo XX, como consecuencia de políticas públicas de los Estados.

<sup>8</sup> Jiménez Lara (2007): “Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes”. En Barton, L. (comp.): Superar las barreras de la discapacidad, Ediciones Morata, Madrid.

<sup>9</sup> Warnock, H.M. «Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of the Handicapped Children and Young People», HMSO, Londres, 1978. Existe una versión sintética en castellano en el número 130 de la Revista Siglo Cero del año 1990.

las puede marginar. Asimismo, contempla la “necesidad especial” como situación de excepcionalidad a la que el entorno debe dar respuesta mediante las adaptaciones y medios asistenciales que sean necesarios. Por lo tanto varios autores consideran que se trata una síntesis o transición entre el modelo médico, rehabilitador y el nuevo paradigma de la autonomía personal.

## 2.4 El paradigma de la autonomía personal

Para algunos autores este paradigma tiene como objetivo básico el logro de una vida independiente en donde el núcleo del problema se centra en el entorno y no en la deficiencia o falta de destreza de la persona. Se sostiene que es el ambiente el que discapacita, consolidando la exclusión, por lo tanto se debe revertir esta situación de dependencia lo que implica intervenir el entorno (Jiménez Lara, 2007). Otros autores (Casado Pérez), se refieren a un modelo de “accesibilidad” con similares connotaciones donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

## 2.5 Modelo social

Dentro del paradigma de la autonomía personal el modelo social es el más relevante. En este modelo las causas de la discapacidad no se las considera como individuales sino sociales, o principalmente sociales. Por lo que las bases del problema son las limitaciones de la sociedad para prestar servicios adecuados y para que las personas sean tenidas en cuenta dentro de la misma. Se afirma que toda vida humana es igualmente digna y que todas las personas pueden aportar a la sociedad; el aporte de las personas con discapacidad está estrechamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.

Este modelo se origina a finales de los años sesenta del siglo pasado en Estados Unidos, a partir de las dificultades de estudiantes con discapacidad para acceder a las universidades; emerge un movimiento de derechos de las personas con discapacidad denominado “Movimiento de vida independiente”. Se oponían al dominio profesional y proponían que los servicios de rehabilitación estuvieran bajo sus propios objetivos y dirección, fijando la orientación y el cuidado personal de las personas con discapacidad. Los nuevos principios eran la independencia, autosuficiencia y la discapacidad como un problema social.

Asimismo, en el Reino Unido las organizaciones de personas con discapacidad se movilizaron inicialmente en contra de su propia categorización tradicional como un grupo vulnerable necesitado de protección. Reivindicaron el derecho a definir sus propias necesidades y servicios prioritarios contra la dominación tradicional de los proveedores de servicios. Se agrega además un elemento diferente: la lucha por el

derecho a decidir salir de las instituciones. En 1976 la Unión de Personas con Discapacidad Física contra la Segregación, propuso un conjunto de ideas denominadas “Principios fundamentales de la discapacidad”, más tarde llamadas “Modelo social de la discapacidad”.

En este modelo la discapacidad está conformada por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional vivir una vida en sociedad, de ahí su denominación de modelo social o de barreras sociales. Se pone énfasis en la inclusión de la diferencia que implica la diversidad funcional, como una parte más de la realidad humana. Uno de los supuestos de este modelo es que toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de su diversidad funcional, debe poder tener la posibilidad de tomar las decisiones que le afecten en lo que atañe a su desarrollo como persona ya que todos somos interdependientes y necesitamos apoyo para el desarrollo de nuestra autonomía.

El objetivo no es negar la diversidad funcional, o que la persona con discapacidad deba adaptarse a la forma de vida de las personas sin discapacidad, sino que las personas con diversas posibilidades funcionales puedan usufructuar de los mismos servicios que todos los miembros de la sociedad. No es la persona que debe adaptarse para parecerse al modelo estándar (de acuerdo al modelo rehabilitador), sino que es la sociedad y el ambiente que debe ser adaptado a las necesidades de todos, incluyendo a las personas con discapacidad. Es así que la discapacidad es colocada como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos y no como la característica que debe definir la vida de una persona en un marco de discriminación o exclusión. El Estado por su parte, tiene la obligación de hacer frente a los obstáculos con el fin de promover y garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, por lo cual estamos frente a una perspectiva de derechos humanos.

### 3. Marco referencial sobre discapacidad

#### 3.1 Normas internacionales

La perspectiva basada en los derechos humanos ha ido ganando terreno en los últimos decenios, contando con el impulso de las Naciones Unidas.

La Organización de Derechos Humanos (ONU)<sup>10</sup> tiene como objetivos fundamentales la promoción y protección de los mismos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) fue el primer documento legal y junto con el Pacto Internacional de

---

<sup>10</sup> Las Naciones Unidas nacieron oficialmente el 24 de octubre de 1945, después de que la mayoría de los 51 Estados Miembros signatarios del documento fundacional de la Organización, la Carta de la ONU, la ratificaran. En la actualidad, 193 Estados son miembros de las Naciones Unidas, que están representados en la Asamblea General.



Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, forman la llamada Carta Internacional de los Derechos Humanos<sup>11</sup>. A pesar de que estos tratados no mencionan explícitamente la discapacidad, son aplicables en su plenitud, con los ajustes necesarios en el contexto de la discapacidad.

Además de estos instrumentos de carácter general, existen documentos diseñados específicamente para las personas con discapacidad que representan un cambio de paradigma desde el modelo rehabilitador a uno basado en la autonomía. Esto ha generado que las políticas relacionadas con la discapacidad hayan ido cambiando desde lo asistencial y médico hacia la esfera de los derechos humanos.

Ejemplos como la “Declaración de los Derechos del Retrasado Mental” del año 1971 y la “Declaración de los Derechos de los Impedidos” de 1975. A pesar de que estos documentos se enmarcan dentro de un modelo rehabilitador (que se puede inferir por la terminología utilizada), muestran que la protección hacia las personas con discapacidad parte de su calidad de titulares de derecho; se considera que estos derechos deben ser ejercidos en condiciones de igualdad y respeto a la autonomía de las personas.

El año 1981 fue proclamado Año Internacional de los Impedidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas y el decenio 83-92: “Decenio de Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad”. Asimismo se aprobó en 1982 el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”. Si bien el Programa se refiere a la prevención y rehabilitación, conceptos tradicionalmente asociados a la asistencia, se introduce como uno de sus objetivos la “equiparación de oportunidades”, aludiendo al proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad<sup>12</sup> debe adaptarse haciéndose accesible para todos, lo cual evidencia la transición del modelo rehabilitador a un modelo social.

El decenio culmina con la elaboración por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, de un instrumento fundamental: las “Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las personas con Discapacidad”. Este instrumento orienta la acción de los Estados en la esfera de la discapacidad, a los efectos de la adopción de programas, leyes y políticas. Promueve la elaboración de políticas en conjunto con las organizaciones no gubernamentales, integrando las necesidades e intereses de las personas con discapacidad en los planes de desarrollo general. Las

---

<sup>11</sup> A estos instrumentos se suman otros tratados como la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes, la Convención sobre los derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial.

<sup>12</sup> Se incluye el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social así como las instalaciones deportivas y de recreación.

normas fueron elaboradas en base a los aportes y filosofía sustentada por las personas con discapacidad, siendo muchos de los principios establecidos, consecuencia de los reclamos de estas personas a lo largo de los años<sup>13</sup>.

En estos años también salen a luz otros instrumentos tales como los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” (1991), que impone límites a los Estados en cuanto a la restricción de los derechos de las personas con diagnóstico de enfermedad mental, se enfatiza en la libertad, el debido proceso legal y la no discriminación.

Asimismo informes de las Naciones Unidas se plantean la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos: “Principios, orientaciones y garantías para la protección de las personas recluidas por mala salud mental o que padecen trastornos mentales” (1986), “Los derechos humanos y las personas con discapacidad” (1993) y “Derechos Humanos y Discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad” (2002).

### 3.2 Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Sobre finales de la década de los 80 se comenzó a plantear la necesidad de elaboración de un instrumento de protección específico para las personas con discapacidad. Se presentaron algunos esbozos de convención y varios informes en el marco de las Naciones Unidas. Por su parte, desde el movimiento de las personas con discapacidad se insistía en la necesidad de un documento vinculante. Las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la discapacidad en la Cumbre Mundial de Beijing en el año 2000, instaron a los jefes de gobierno y las organizaciones participantes a la elaboración de una Convención Internacional.

En diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante: Convención), la cual implica importantes consecuencias para las personas con discapacidad, como la “visibilidad” de este colectivo dentro del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas y el contar con una herramienta jurídica vinculante para los estados miembros.

En el artículo primero se define el propósito de la Convención y quiénes son consideradas personas con discapacidad:

“El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades

---

<sup>13</sup> Normas Uniformes, Introducción: conceptos fundamentales de la política relativa a la discapacidad.

fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

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

Los principios generales de la normativa son los siguientes:

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

La Convención establece una serie de derechos que constituyen un núcleo normativo interrelacionado que podrían agruparse en cinco ámbitos genéricos: derechos de igualdad, derechos de protección en situaciones de especial vulnerabilidad, derechos de libertad y autonomía personal, derechos de participación, y derechos sociales básicos.

A lo largo de toda la normativa se puede apreciar que la misma se encuentra inspirada en la filosofía del modelo social. En cuanto a las causas de la discapacidad, la normativa apunta a la interacción de la persona con el contexto social en el cual se encuentra inmersa. Se reconoce que el concepto de discapacidad varía de acuerdo a la sociedad y las opiniones de sus miembros. Por lo tanto la Convención adopta un enfoque dinámico que permite adaptaciones a lo largo del tiempo y según el entorno socioeconómico. La Convención de acuerdo al modelo que sustenta, hace hincapié en los efectos que las actitudes y los obstáculos físicos del entorno pueden ejercer en el goce de los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad.

### 3.3 Instrumentos que orientan para la medición de la discapacidad

La transición del modelo rehabilitador al modelo social también ha incidido en las Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La primera Clasificación Internacional de la OMS en 1980, definió tres conceptos: deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Esta Clasificación fue fuertemente criticada por considerar que la discapacidad se relacionaba de forma inevitable con la enfermedad y la minusvalía de acuerdo a clasificaciones médicas. El principal problema de este primer esquema es que si bien admitía que la discapacidad contenía dimensiones sociales, no consideraba la posibilidad de que la misma surgiera como consecuencia de causas sociales, sino que serían consecuencia directa de la deficiencia.

Siguiendo los nuevos paradigmas sobre la consideración de la discapacidad, la OMS adoptó en 2001 una nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)<sup>14</sup>. Su principal objetivo es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”<sup>15</sup>.

La CIF está basada en la integración del modelo médico y el modelo social. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Se intenta conseguir una síntesis, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social<sup>16</sup>.

La CIF considera la discapacidad como “...toda limitación y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social”. Las limitaciones o restricciones se evalúan contrastándolas con los estándares comúnmente aceptados en la población. Toda desviación de la norma generalmente aceptada con relación al estado biomédico y sus funciones representa una limitación o restricción.

La Clasificación realiza un abordaje del tema desde una perspectiva múltiple, considera el funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo ya que las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar los otros. Se identifican tres niveles: corporal (deficiencias a nivel de la estructura o las funciones corporales), individual (limitaciones de las actividades a nivel de la persona) y social (restricciones en la participación a nivel de las situaciones vitales en un contexto social)<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> <https://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf?ua=1>

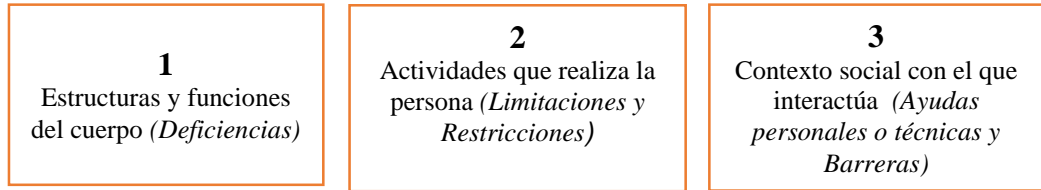
<sup>15</sup> La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Los ejemplos de los dominios/campos de la salud incluyen visión, audición, movilidad, aprendizaje y memoria, mientras que los ejemplos de los dominios/campos “relacionados con la salud” incluyen aspectos relacionados con el transporte, la educación y las interacciones sociales.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1)

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> Giuliadori y otros, 2008.



Aún así, hay autores que observan que el Modelo propuesto por CIF mantiene, en el fondo, un sustento médico.

Por otra parte en junio de 2001, el Seminario internacional sobre medición de la discapacidad organizado por las Naciones Unidas, recomendó que se estableciesen principios y se elaborasen formularios estandarizados de indicadores de discapacidad para su utilización en los censos. Se consideró urgente la necesidad de contar con datos de buena calidad y comparables a nivel internacional.

En consecuencia se creó el Grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad (GW). El mismo consiste en un grupo de ciudades de las Naciones Unidas, bajo la Comisión de Estadísticas de Naciones Unidas<sup>18</sup>. La finalidad principal del GW es promover y coordinar la cooperación internacional en la esfera de las estadísticas de salud, con especial atención a las mediciones de la discapacidad adecuadas para los censos y las encuestas nacionales. Su objetivo principal es proporcionar información básica necesaria sobre la discapacidad que sea comparable a nivel mundial. A partir de su creación, el GW se reúne periódicamente hasta la actualidad y ha realizado (entre otras actividades), recomendaciones para la aplicación de encuestas.

#### 3.4. Acuerdos y directivas internacionales sobre medición de la discapacidad en la última década

Retomando el análisis de los marcos referenciales sobre estadísticas de discapacidad, durante la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Montevideo en agosto de 2013 fue adoptado el Consenso de Montevideo<sup>19</sup>. Entre las medidas prioritarias del Preámbulo se destaca: “la elaboración de estadísticas públicas realizadas por los distintos organismos del Estado debe seguir la lógica inclusiva y de ampliación de derechos planteada desde la política pública...”;

<sup>18</sup> El nombre se debe a que Washington fue la ciudad donde el Grupo se reunió por primera vez.

<sup>19</sup> El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo es un importante acuerdo intergubernamental firmado en la región en materia de población y desarrollo, y fundamental para el proceso de revisión del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014.

Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)

la información sobre personas con discapacidad está expresamente mencionada entre los distintos tipos de colectivos.

Asimismo, en el año 2015 Naciones Unidas adopta la Agenda 2030<sup>20</sup> que contiene los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>21</sup> e impulsa la incorporación de la temática de la discapacidad en relevamientos censales. Uruguay promueve esta Agenda e integra los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a su contexto nacional, departamental y local. Dentro de estos objetivos, el número 16 consiste en “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles”.

Los desafíos generales para Uruguay se centran en: “la mayor visualización de la situación de los grupos vulnerables entre los que se encuentran las personas con discapacidad; “mejores sistemas de información y mejora de calidad y periodicidad de datos”; “mayor utilización de los registros administrativos de Organismos Públicos y Ong’s e interoperabilidad entre los mismos” y “mayor coordinación entre las organizaciones de la sociedad civil y el gobierno”.

En este sentido se llevan adelante varios proyectos relativos a los ODS. La Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI), realizó en diciembre de 2018 la presentación del proyecto “Derecho a la Igualdad y No Discriminación de las Personas con Discapacidad”, junto con el Sistema de Naciones Unidas, el Estado uruguayo y la Alianza de Organizaciones por los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El Proyecto se basa en las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, realizadas en 2016. Se identifican tres áreas prioritarias de intervención: a) acceso universal a servicios de salud inclusivos y de calidad, b) Violencia, Género y Discapacidad y c) sistematización de la información, para disponibilidad de información precisa y oportuna. Este componente pretende contribuir a una armonización de los datos e información sobre las personas con discapacidad recolectada por diferentes instituciones públicas y la sociedad civil con perspectiva de género y generacional.

---

<sup>20</sup> La Agenda 2030 el plan global para la erradicación de la pobreza, la lucha contra el cambio climático y la reducción de las desigualdades.

<sup>21</sup> Los ODS se componen de 17 objetivos y 169 metas orientadas en tres dimensiones de desarrollo sostenible como lo son la económica, la social y la ambiental, y su cumplimiento trascienden a los períodos de gobierno, convirtiéndolos en objetivos nacionales cuya consecución requiere políticas de estado en el mediano y largo plazo.

### 3.5 Normativa nacional

En Uruguay, de forma similar que en el ámbito internacional, la normativa se aproxima a los distintos modelos de concepción de la discapacidad de manera no lineal, con una clara intención de aggiornamiento en los últimos tiempos.

La Constitución de la República (año 1967), como principal norma orientadora de leyes, códigos y decretos, contiene artículos que se inscriben en principios universales de derechos en donde se incluyen las personas con discapacidad (artículos 7, 8, 46 y 47), junto a otros que prescriben restricciones (artículos 37 y 80). También el Código Civil (artículos 431 y 459) establece disposiciones que limitan derechos a la persona con discapacidad, estando actualmente en revisión en el Plan Nacional de Acceso a la Justicia y Protección Jurídica de las Personas en Situación de Discapacidad 2015-2020. Asimismo las leyes existentes -hasta la aprobación de la Convención-, se han acercado mayormente a los modelos tradicionales y rehabilitadores tanto en su contenido como en la nomenclatura. Por ejemplo, la Ley 11.139 de creación del Patronato del Psicópata (1948) y la Ley 13.711 de 1968 sobre denuncia obligatoria de los diagnósticos de retardo mental.

Más recientemente, la Ley 18.418 del año 2008 que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley 18.651 de Protección Integral a los Derechos de las Personas con Discapacidad de marzo de 2010, reflejan una nueva coyuntura nacional e internacional que se enmarca en el modelo social.

Acompañan estos cambios, la sociedad civil organizada que se nuclea en entidades de primer o segundo grado de organización pudiendo citar dentro de estas últimas al Plenario Nacional de Organizaciones de Impedidos (PLENADI) o la Federación Uruguaya de Asociaciones de Padres de Personas con Discapacidad Intelectual (FUAP) que promueven propuestas para las personas con discapacidad, la integración en el ámbito laboral, educativo, deportivo, etc.

La articulación de estas asociaciones con el Estado se logra a través de convenios y acciones conjuntas con las intendencias y las Comisiones Departamentales Honorarias para las Personas con Discapacidad. Estas últimas integran la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD). Esta comisión es una entidad pública de derecho privado creada en 1989 en la órbita del Ministerio de Salud Pública, que en 2010 pasó a funcionar bajo la órbita del MIDES. Está integrada por representantes del ámbito público y privado y funciona en todos los departamentos del país como Comisiones Departamentales.

Corresponde a la CNHD la elaboración, el estudio, la evaluación y la aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación biopsicosocial e integración social de la persona con discapacidad.

En esta nueva etapa de transformación de las estructuras institucionales y políticas públicas en la materia, se organiza el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS)<sup>22</sup> dependiendo del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

En el año 2014 PRONADIS realizó el primer Informe País (Uruguay y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>23</sup>), donde se documenta la situación del Estado uruguayo en relación a las políticas, servicios, prestaciones y mecanismos de atención a las personas con discapacidad. Asimismo las personas con discapacidad realizaron otro informe aportando su visión al respecto.

El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU<sup>24</sup> respondió el informe inicial de Uruguay, valorando logros y realizando observaciones que principalmente orientan a reformar la legislación del país<sup>25</sup>.

#### 4. Fuentes de Información estadística sobre discapacidad

Resulta de suma importancia la generación de datos para caracterizar a las personas con discapacidad a los efectos de diseñar políticas públicas. Para este propósito, los censos representan una fuente de datos de cobertura universal con la potencialidad de servir como marco muestral para encuestas específicas y su periodicidad permite la comparación de los cambios en el tiempo y entre países. Asimismo las encuestas proporcionan información que puede reeditarse con mayor frecuencia.

---

<sup>22</sup> Entre sus objetivos se encuentran la promoción de acciones para la inclusión de las personas con discapacidad en coordinación con los organismos nacionales, departamentales y municipales, fomentando políticas sociales integrales desde la perspectiva de derechos en relación a las personas con discapacidad.

<sup>23</sup> Disponible en: [http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/33704/1/convencion\\_enero\\_2014.pdf](http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/33704/1/convencion_enero_2014.pdf)

<sup>24</sup> Es el cuerpo compuesto por expertos y expertas independientes que monitorea la implementación de la Convención por los Estados parte.

<sup>25</sup> En el documento respecto a las Observaciones finales sobre el informe inicial del Uruguay y específicamente en la recopilación de datos y estadísticas relacionado con el artículo 31 de la CDPD se recomienda "Numeral 63: Preocupa al Comité la ausencia de datos e información desglosados y comparables sobre las personas con discapacidad en el Estado...". 64. El Comité recomienda al Estado parte que fortalezca la recopilación sistemática, el análisis y la difusión de datos desglosados comparables sobre las personas con discapacidad en todos los sectores. También recomienda que, en cooperación con las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, desarrolle un sistema de indicadores basado en los derechos humanos. El Comité recomienda al Estado parte que se guíe por el artículo 31 de la Convención en la implementación de la meta 17.18 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para aumentar de forma significativa la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de alta calidad desglosados por grupos de ingresos, género, edad, origen étnico, condición migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales".

Disponible en: <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32232/1/observaciones-finales-sobre-el-informe-inicial-del-uruguay.pdf>



En esta línea, la Convención mandata a los países ratificantes llevar a cabo todo lo necesario para contar con información adecuada y actualizada en los temas relativos a las personas con discapacidad. En el artículo 31 expresa: “.... 1) Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. ....2) La información se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos... 3) Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas....”

En Uruguay se ha abordado la medición de la discapacidad a nivel nacional<sup>26</sup>, a través de varias fuentes de información: encuestas de hogares, censo de población y registros administrativos; en este trabajo se estudian solamente las dos primeras.

Se puede enumerar las siguientes fuentes:

- Durante el período 2003-2004, la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad como módulo especial de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y en coordinación con la CNHD <sup>27</sup>.
- En el año 2006 la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA 2006), integró un módulo salud donde se indagó sobre discapacidad.
- En el año 2011 el Censo de Vivienda, Hogares y Personas<sup>28</sup>, incluyó un módulo específico de discapacidad tomando como insumo el resultado de la Primera Prueba Piloto de Discapacidad y Residencia Habitual realizada en 2008.
- En el período 2003-2004, la primer ola de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) a cargo de BPS<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> Otras mediciones de carácter más focalizado como la Encuesta de Dependencia realizada por el Ministerio de Desarrollo Social para personas con discapacidad severa en 2013 y la Encuesta aplicada a Personas Beneficiarias del PANES en Montevideo en 2009, tienen un alcance más restringido.

<sup>27</sup> La encuesta Continua de Hogares, que se viene aplicando por parte del Instituto Nacional de Estadística desde el año 1968, presenta un cuestionario básico que proporciona información sobre características sociodemográficas y económicas de la población, en las localidades de 5.000 o más habitantes de todo el país. A partir de 2006 esta encuesta cubre también a las localidades pequeñas (menos de 5.000 habitantes) y a las zonas rurales. Es una investigación estadística de propósitos múltiples, es decir que admite módulos orientados a recoger información específica sobre temas relevantes de interés nacional, como por ejemplo: juventud, adultos mayores, razas, trabajo infantil, consumo de drogas, etc.

<sup>28</sup> <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>

<sup>29</sup> En 2015-2016 se concreta la segunda ola.

Es importante señalar que estas herramientas utilizan distintas operacionalizaciones según la oportunidad de su aplicación, en relación a las recomendaciones de los mecanismos internacionales orientadores sobre el tema.

El GW mencionado arriba, ha realizado a lo largo de su misión, recomendaciones en relación al relevamiento de datos relativos a personas con discapacidad; se resumen algunas de las más importantes:

1. Se considera de fundamental importancia el “cómo” se pregunta, haciendo foco en las limitaciones relacionados a salud, más que en los impedimentos médicos. Por lo cual el uso de las palabras “dificultad” o “limitación” podría atenuar la connotación negativa que puede tener el concepto de discapacidad. El foco propuesto es en la función (ver, oír, caminar, etc.) y no tanto en la deficiencia. La pregunta debería comenzar con “tiene dificultades para...”.
2. Se recomienda una batería corta de preguntas referidas a determinados dominios funcionales.<sup>30</sup> Como mínimo 4 dominios en el caso de censos y una batería extendida en el caso de encuestas.<sup>31</sup> Los dominios principales deben ser:
  - ¿tiene dificultad para ver aunque utilice lentes?
  - ¿tiene dificultad para oír aun usando audífonos?
  - ¿tiene dificultad para caminar o subir escaleras?
  - ¿tiene dificultad para recordar, concentrarse, tomar decisiones o comunicarse?
3. Para cada uno de los dominios se propone una graduación discreta de respuesta (no puede hacerlo, tiene mucha dificultad, tiene alguna dificultad, no tiene dificultad).
4. Se desaconseja el uso del set básico de preguntas del GW para población menor de 5 años. El Módulo sobre “Funcionalidad en Niños” del GW/UNICEF se recomienda para identificar niños con discapacidad, constando de dos sub-módulos: uno para niños de 2 a 4 años y otro para niños de 5 a 17.

---

<sup>30</sup> Esta batería de preguntas pone foco en las limitaciones para realizar una serie de actividades básicas. En los últimos años el GW incorpora módulos complementarios para abordar, para ciertas poblaciones como ser niñez, restricciones en la participación (UNICED/WG Module on Inclusive Education).

<sup>31</sup> Los dominios involucrados en una batería extendida son: visión, audición, movilidad, cognición, afecto (ansiedad y depresión), dolor, fatiga, comunicación y funcionamiento de la parte superior del cuerpo.

Se desaconseja preguntar por “permanencia” en la limitación dado que hay costos significativos, en especial para el encuestado, a la hora de identificar aquellas dificultades que refieren a períodos extendidos. El GW definió que la medida de error (identificación incorrecta de la dificultad funcional), se minimiza al no hacer referencia a dificultades de largo plazo o permanentes.

#### 4.1 Primer Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2003-2004

La Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad se aplicó a la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5.000 o más habitantes (aproximadamente un 82% de la población total del país).

La Encuesta toma en concepto de discapacidad de la CIF: “toda limitación y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social”.

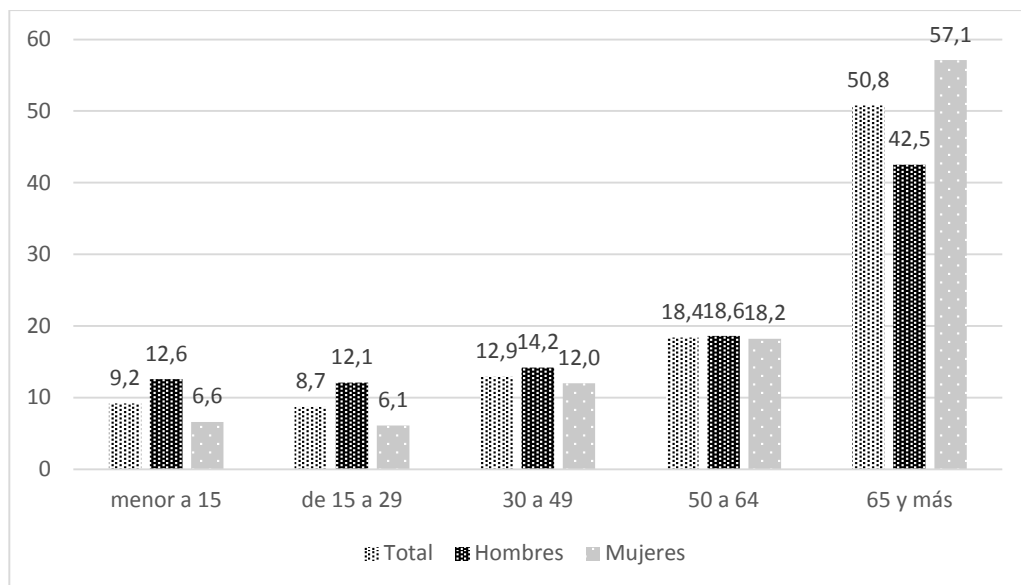
En el informe final<sup>32</sup> se mostró que las personas con discapacidad alcanzaban al 7,6% de la población. Los hombres con discapacidad representaban el 7,0% y las mujeres el 8,2% siendo poco significativas las diferencias entre Montevideo e Interior Urbano (7,7% y 7,5% respectivamente).

En el siguiente gráfico se observa que la proporción de personas con discapacidad aumenta con la edad. En las edades más jóvenes los varones presentan mayor porcentaje mientras que en las personas mayores, se registran más mujeres.

---

<sup>32</sup> Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/discapacidad.pdf/6d3755ad-11df-4439-8bb0-37d0deb3434a>

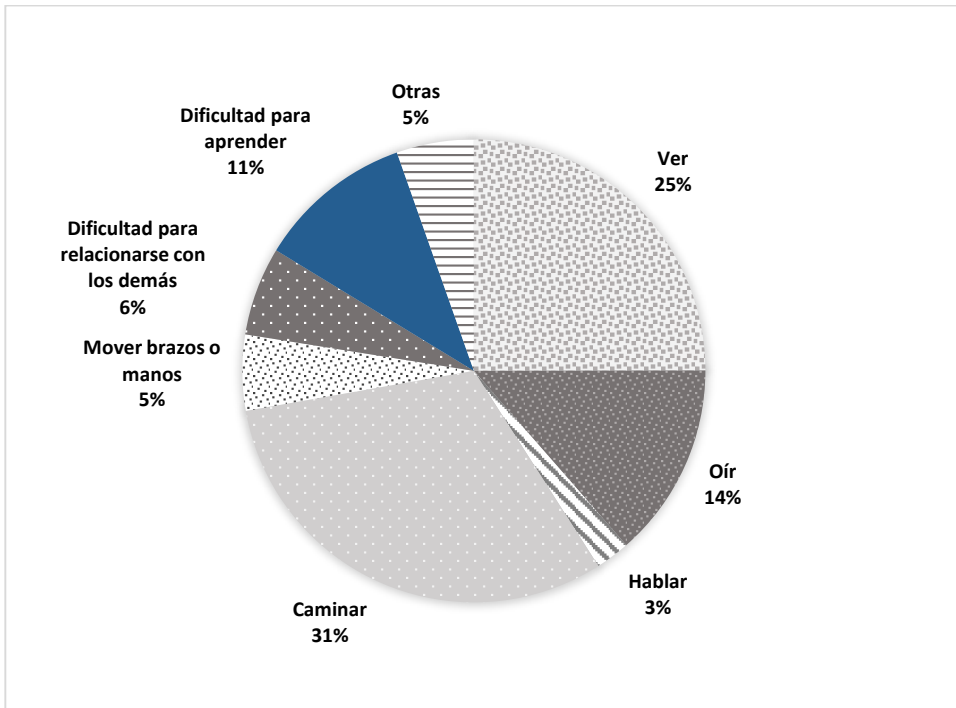
**Gráfico 1 – Personas con al menos una dificultad o discapacidad por grupo de edad y sexo.**



Fuente: En base a Encuesta Nacional de Personas con discapacidad (INE), setiembre 2003-agosto2004.

El gráfico 2 muestra que, si se considera la discapacidad declarada como principal, el mayor porcentaje (31%) refiere a las dificultades para caminar, ya sea el no caminar o el tener limitaciones para moverse. En orden de importancia le siguen las limitaciones para ver (25%) y para oír (14%). El porcentaje tan significativo que representa la dificultad de caminar posiblemente se explique por el peso que tienen los mayores de 65 años (57,1%) sobre el total de la población con dificultades o discapacidades.

Gráfico 2 - Distribución de la población según principal dificultad o discapacidad.



Fuente: En base a Encuesta Nacional de Personas con discapacidad (INE), setiembre 2003-agosto2004.

Por otra parte, la encuesta indaga sobre el origen de la discapacidad, clasificando las respuestas en: “de nacimiento”, “enfermedad”, “accidente”, “envejecimiento” y “otro”. Asimismo, pregunta por la necesidad de usar ayudas técnicas (bastón, silla de ruedas, etc.) y por la necesidad de la ayuda de otra persona para cuidarse a sí mismo.

#### 4.2 Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006

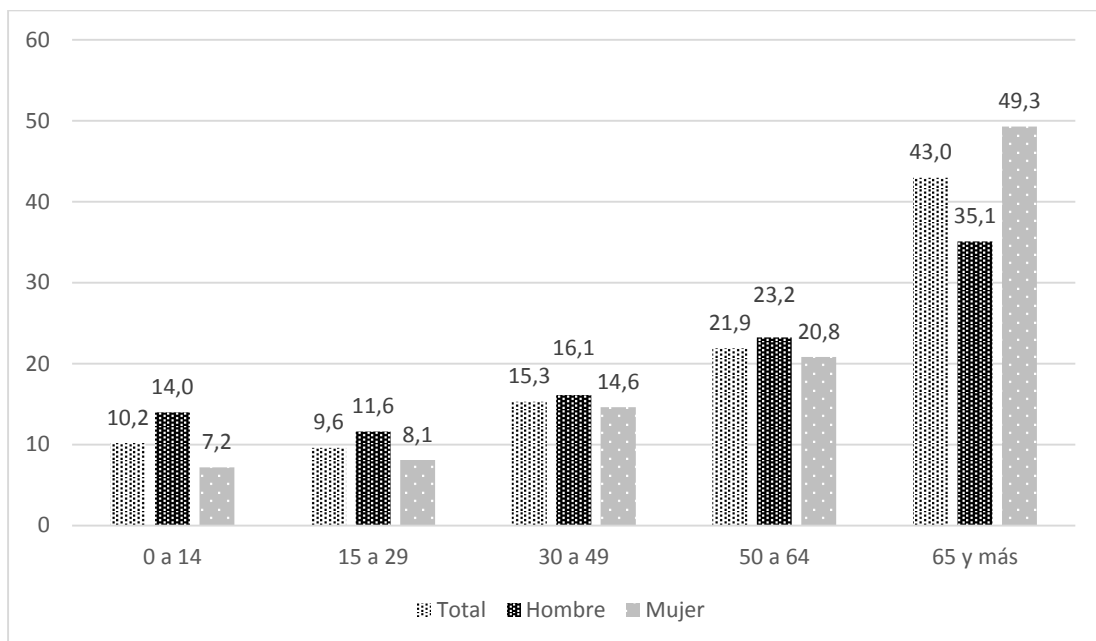
La ENHA 2006 se aplicó a la población residente en hogares particulares de todo el país. La misma relevó un módulo especial que buscó profundizar información sobre el estado de salud y comportamientos de la población. Se indagó sobre cobertura, morbilidad y acceso a los servicios de salud. Asimismo se introdujo un capítulo sobre estado de salud de las personas, el cual se agrupó en cuatro categorías consideradas como aspectos de la salud:

- i) limitaciones permanentes
- ii) problemas siquiátricos y psicológicos
- iii) enfermedades crónicas
- iv) hábito de fumar

Si bien en su “Cartilla de Instrucción”, la Encuesta define discapacidad de acuerdo a los lineamientos de la CIF, se observa que la discapacidad es considerada a la par de la enfermedad, tal como lo explica el modelo médico. En el informe temático presentado por el INE<sup>33</sup> los resultados correspondientes a discapacidad se presentan bajo el título “Estado de salud de las personas”.

De acuerdo a Bagnato, Luzardo y Padula (2011), la prevalencia de limitaciones se sitúa en el 9,2%. Se presenta su distribución por tramo de edad, para hombres y mujeres.

Gráfico 3 - Personas con limitaciones permanentes por tramo de edad, según sexo



Fuente: elaborado a partir de microdatos de ENHA 2006, INE.

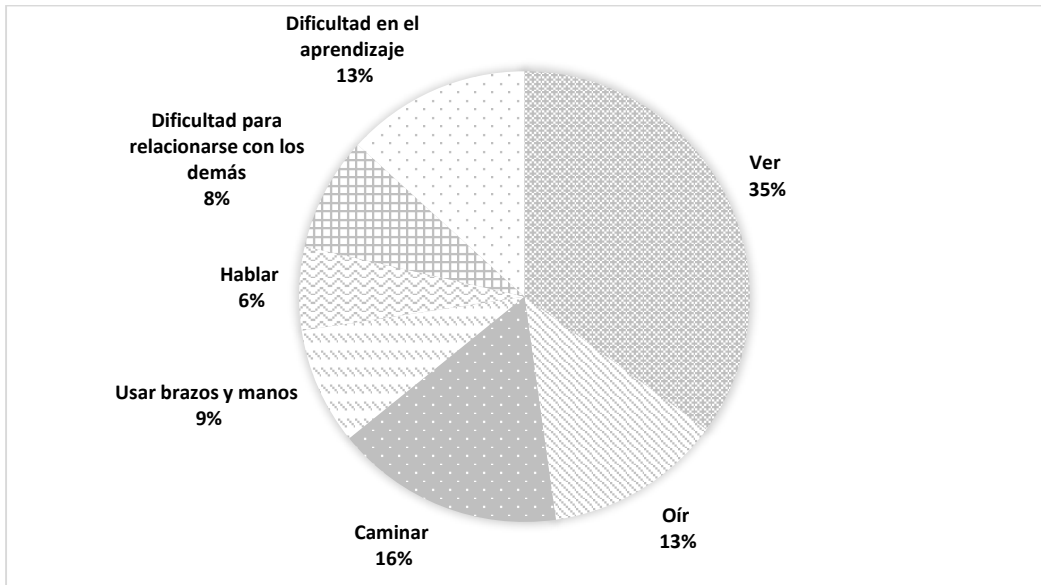
Al igual que en la Encuesta 2003-2004, las limitaciones se incrementan con la edad llegando al 49% en el tramo de 65 y más. Las mujeres con limitaciones son mayoría en las edades mayores mientras que los niños y jóvenes varones presentan mayores porcentajes de limitaciones.

En el gráfico 4 se muestra la distribución de las limitaciones, resultando que la mayor proporción corresponde a “ver aun usando lentes” (35%), seguida por “caminar aun usando ayudas técnicas” (16%). Esta encuesta no pregunta la principal limitación.

<sup>33</sup> Disponible en

[http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Modulo\\_salud\\_versi%C3%B3n\\_final.pdf/17641b4b-c1c6-4a92-8fd6-b4aa75a187a7](http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Modulo_salud_versi%C3%B3n_final.pdf/17641b4b-c1c6-4a92-8fd6-b4aa75a187a7)

Gráfico 4 - Distribución de personas con limitaciones según tipo de dificultad



Fuente: elaborado a partir de microdatos de ENHA 2006, INE.

#### 4.3 Censo 2011

Con respecto al Censo realizado en el año 2011, la información recogida permite conocer las características demográficas y socioeconómicas de las personas con discapacidad, así como el estudio de su distribución territorial a pequeños niveles de desagregación geográfica. El módulo de Discapacidad tiene como objetivo identificar la proporción de personas con discapacidad, según tipo de limitación y grado de severidad.

El cuestionario incluye cuatro dimensiones o áreas de funcionamiento, consideradas como fundamentales por Naciones Unidas para determinar la situación de discapacidad: caminar/subir escaleras, ver, oír y razonar. Para cada área se identifican tres niveles de limitaciones: leve, moderado y severo correspondiente en el cuestionario a: “alguna dificultad”, “mucho dificultad” y “no puede hacerlo”.

Las preguntas del Censo, se ajustan a la definición de discapacidad de acuerdo al marco conceptual al que refiere la CIF. Otros conceptos manejados por el Censo que van en consonancia con la Clasificación son:

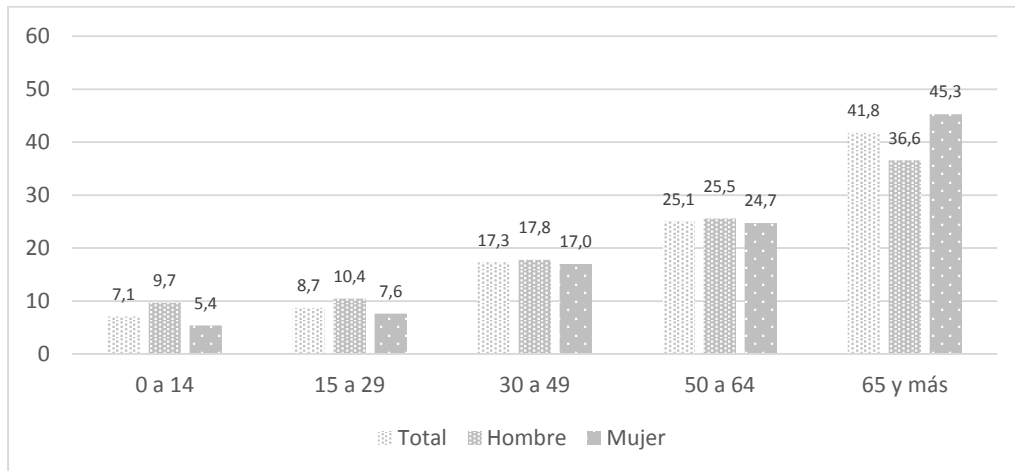
- Actividad: la realización de una tarea o acción por una persona.

- Limitación en la actividad: la dificultad que una persona puede tener en su desempeño o en la realización de actividades cotidianas y que es originada en una deficiencia (por ejemplo: para ver, para oír, para caminar, para hablar, para aprender, etc.).
- Restricción en la participación: los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, originadas en una deficiencia, por ejemplo, en el trabajo, en el aprendizaje, en la recreación, etc.
- Deficiencia: los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una alteración significativa o una pérdida.

Los resultados del Censo muestran que el 15,8% de la población uruguaya declara tener por lo menos una dificultad permanente (Núñez, I. 2014)<sup>34</sup>.

Las variables edad y sexo presentan un comportamiento similar al relevado en las encuestas anteriores. El 60% de las personas con discapacidad son mujeres. Las mujeres también presentan porcentajes absolutos más altos con respecto a todas las categorías de discapacidades permanentes (leve, moderada y severa).

Gráfico 5 - Personas con dificultades permanentes por tramo de edad, según sexo



Fuente: elaborado a partir de microdatos CENSO 2011, INE.

Como se vio, las preguntas sobre tipos de limitaciones incluidas en el Censo se clasifican en tres niveles (alguna dificultad, mucha dificultad y no puede hacerlo), mientras que en los relevamientos sobre discapacidad anteriores se preguntaba de forma dicotómica.

<sup>34</sup> Comentarios de Seguridad Social libro Nº44 BPS.



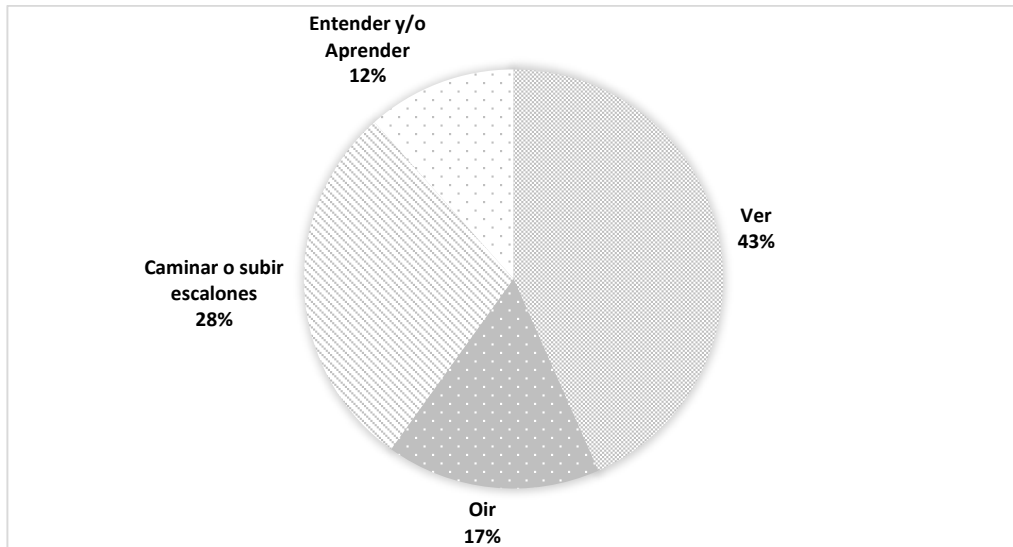
De acuerdo a Nuñez, S. (2013), desagregar niveles generó que más personas respondieran afirmativamente, en especial porque buena parte de las personas que contestan tener alguna dificultad en el Censo 2011, tendían a responder que no tenían limitaciones al formularse la pregunta en términos dicotómicos de presencia o ausencia en las encuestas anteriores (2003-2004 y 2006).

Se pudo hacer el ejercicio de considerar para el Censo 2011, solamente los niveles “muchísima dificultad” y “no puede hacerlo”, en cuyo caso se obtiene que las personas con discapacidad representan el 4,6% en la población total.

Se señala que recomendaciones internacionales indican que la prevalencia de la discapacidad se determine en base a respuestas que sean “de mucha dificultad” o “no se puede hacer en lo absoluto”.

El gráfico 6 muestra que la proporción de personas con dificultad permanente para ver aun usando lentes es la principal (43%), le sigue la dificultad permanente para caminar o subir escalones (28%). Al igual que en la ENHA 2006 no se indaga sobre la principal dificultad.

**Gráfico 6 - Distribución de personas con discapacidad por tipo de dificultad permanente**



Fuente: elaborado a partir de microdatos CENSO 2011, INE

#### 4.4 Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012-2013

La ELPS ha realizado dos rondas de encuestas: la primera durante el período 2012-2013 y la segunda durante 2015-2016. Este tipo de encuestas de panel<sup>35</sup>, utilizadas para el análisis de los mercados laborales y los sistemas de seguridad social en América Latina y El Caribe, posibilitan el diagnóstico y evaluación de políticas públicas. En Uruguay, la ELPS se aplica a la totalidad de los habitantes del país que residen en hogares particulares.

La ELPS utiliza las recomendaciones del GW y el “Libro Blanco en la Atención de las Personas en situación de dependencia en España”<sup>36</sup>, y considera a la CIF como instrumento de valoración de la dependencia.

El módulo Salud integra preguntas sobre discapacidad. Las preguntas relevan a personas de 14 años y más y permiten identificar a personas con limitaciones según una apertura de once limitaciones.

Se registra que el 7,6% de la población presenta alguna limitación; de este porcentaje el 60% son mujeres<sup>37</sup>.

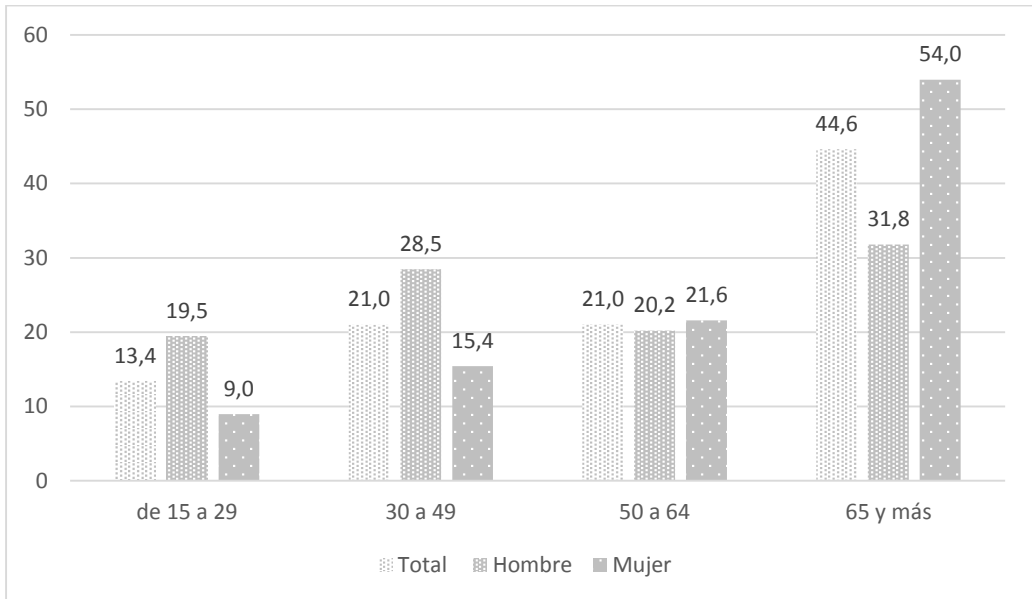
---

<sup>35</sup> La ELPS es una encuesta de panel, es decir, un estudio basado en mediciones efectuadas sobre las mismas unidades de muestreo, en este caso, personas y hogares. Su aplicación sobre las mismas unidades a través de diferentes periodos de tiempo, permite realizar un seguimiento del universo de elegibles pudiendo estimar cambios en la población. Más información en: <https://www.elps.org.uy/21/que-es-una-encuesta-panel.html>

<sup>36</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.

<sup>37</sup> Ver: <https://indicadores.elps.org.uy/jsf/vistaIndicador.xhtml?idIndicador=6>

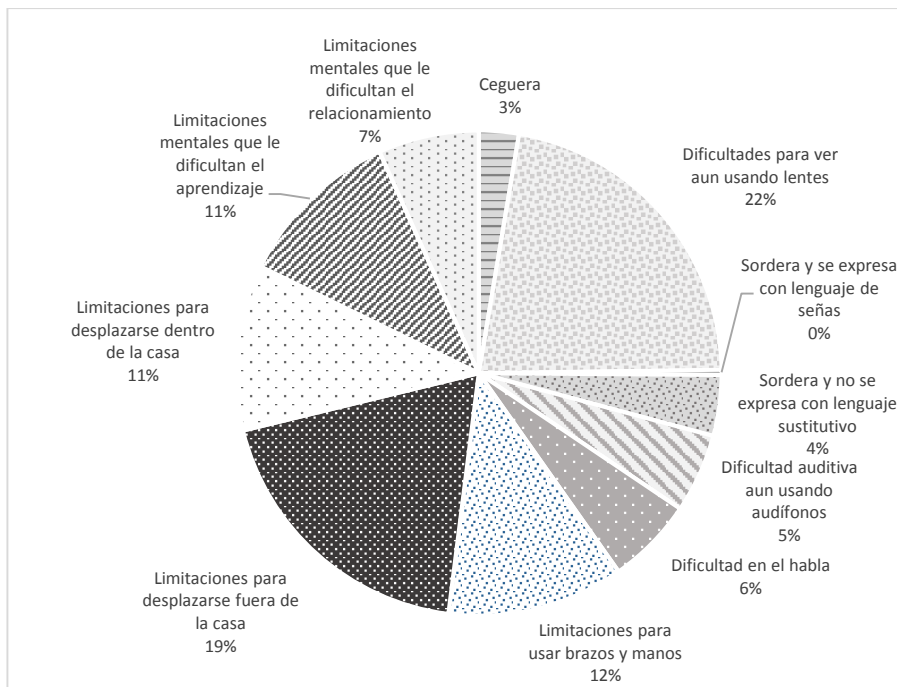
Gráfico 7 - Personas con limitaciones por tramo de edad, según sexo



Fuente: elaborado a partir de microdatos de ELPS

Respecto a la presencia de limitaciones por tramo de edad, se observa el incremento hacia la adultez especialmente en los tramos de edad más avanzada, ascendiendo a 45% entre las personas mayores de 65 años. Como en los relevamientos anteriores, se observa una mayor presencia de limitaciones en mujeres que en varones, relacionado con su mayor longevidad.

**Gráfico 8 - Distribución de personas con limitaciones por tipo de dificultad**



Fuente: elaborado a partir de microdatos de ELPS

En lo que respecta a la distribución de las limitaciones por tipo, las asociadas al desplazamiento dentro y fuera de la casa suman el 30%. Le siguen las dificultades vinculadas a problemas visuales y ceguera que suman el 25%. Debe tenerse en cuenta que, como se observó, la ELPS no releva población menor de 15 años.

La ELPS también recoge información sobre el origen de las limitaciones categorizándolas en: congénito, connatal, por enfermedad, por accidente, por envejecimiento y por accidente laboral.

Otros de los aspectos que se investigan refieren a la demanda de distintos tipos de ayudas o apoyos (institución que los provee, valoración de la persona en relación a sus necesidades y en el caso de no acceder los motivos que entienden pueden generarlo). Las preguntas relacionadas a necesidad de apoyos y ayudas, así como el gasto de los mismos, denotan una intención de indagar en el contexto y capturar barreras ambientales, de acuerdo al modelo social.

#### 4.5 Comparación de formularios aplicados en Uruguay

Se presentan dos tablas con el fin de facilitar la visión comparativa de las principales características de las herramientas consideradas y poder analizar de forma sumaria algunos aspectos estructurales, de diseño y contenido.

**Tabla 1 – Forma de preguntar sobre limitaciones o dificultades según dominio de funcionamiento**

<b>Formas de preguntar</b>				
<b>Dominios de funcionamiento</b>	<b>ECH 2003/2004</b>	<b>ENHA 2006</b>	<b>Censo 2011</b>	<b>ELPS (Ola 1)</b>
<b>Ver</b>	Es ciego o tiene limitaciones permanentes para Ver aun usando lentes	Tiene limitaciones permanentes para Ver aun usando lentes	Tiene dificultad permanente para Ver, aun usando lentes	Ceguera (si no es ciego) Dificultades para ver aun usando lentes
<b>Oír</b>	Es sordo o tiene limitaciones permanentes para Oír aun usando audifono	Tiene limitaciones permanentes para Oír, aun usando audifonos	Tiene dificultad permanente para Oír aun usando audifonos	Sordera y se expresa con lenguaje de señas Sordera y no se expresa con lenguaje sustitutivo (si no es sordo) Dificultad auditiva aun usando audifonos
<b>Hablar</b>	No habla o tienen limitaciones permanentes para hablar			Dificultades en el habla
<b>Caminar</b>	No camina o tienen limitaciones permanente para caminar aun usando instrumentos o prótesis	Tiene limitaciones permanentes para Caminar, aun usando bastones, muletas o prótesis	Tiene dificultad permanente para Caminar o subir escalones	Para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte Para desplazarse dentro de la casa
<b>Mover brazos y manos</b>	No mueve brazos o manos o tienen limitaciones permanentes para utilizarlos	Tiene limitaciones permanentes para utilizar brazos y manos		Para usar brazos y manos
<b>Relacionarse con los demás (mental)</b>	Tiene limitaciones mentales permanentes que le dificultan relacionarse con los demás	Tiene limitaciones permanentes que le dificultan relacionarse con los demás		Limitaciones mentales que le dificultan el relacionamiento con los demás
<b>Aprendizaje (mental)</b>	Tiene limitaciones mentales permanentes que le dificultan el aprendizaje	Tiene limitaciones permanentes que le dificultan el aprendizaje	Tiene dificultad permanente para Entender y/o aprender	Limitaciones mentales que le dificultan el aprendizaje y aplicación de conocimiento y desarrollo de tareas
<b>Otros</b>	Otra limitación permanente			

**Tabla 2 – Análisis comparativo de módulos sobre discapacidad en encuestas y censos aplicados en Uruguay**

	ECH 2003/2004	ENHA 2006	Censo 2011	ELPS (Ola 1)
<b>Cómo se pregunta sobre existencia de discapacidad</b>	Dificultades permanentes o discapacidades para cada tipo de dominio.	Limitaciones permanentes para cada tipo de dominio.	Dificultades permanentes para cada tipo de dominio.	Limitaciones para cada tipo de dominio.
<b>Principal limitación</b>	Sí	No	No	No
<b>Origen de la discapacidad</b>	Sí	No	No	Sí
<b>Alternativas de respuesta</b>	Dicotómica	Dicotómica	No dicotómica	No dicotómica <sup>38*1</sup>
<b>Niveles de dificultad o limitación</b>	Dos niveles: Total o con limitaciones	No	Tres niveles: Alguna dificultad, mucha o no puede hacerlo.	Una o dos dependiendo el dominio. Se complementa con una pregunta sobre cuánto afecta en las actividades de la vida (mucho, medianamente, poco o nada)
<b>Cantidad de dominios</b>	7 + otros	7	4	7

<sup>38\*1</sup> Si bien la pregunta es dicotómica para cada limitación (sí o no), la forma en que se abren las limitaciones capta diferentes niveles (ej: ciego o limitaciones para ver, etc.)

<b>Interacción con el contexto social</b>	<p>Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Necesita de ayuda técnica y asistencia de otra persona.</li> <li>-La recibe o no.</li> </ul>	No	No	<p>Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Necesita ayuda o apoyo.</li> <li>-Cuál ayuda o apoyo</li> <li>-De quién o qué Institución</li> <li>-Gasto para obtener la ayuda</li> <li>-Tratamientos</li> <li>-Adaptaciones en la vivienda</li> <li>-Asistente personal</li> <li>-Locomoción</li> <li>-Prótesis</li> <li>-Órtesis</li> <li>-otras ayudas</li> </ul>
<b>Marco teórico referencial</b>	CIF	CIF	CIF	CIF
<b>Tipo de herramienta</b>	Encuesta	Encuesta	Censo	Encuesta de panel
<b>Población relevada</b>	Se exceptúa localidades de menos de 5.000 habitantes y zonas rurales	Todo el país	----	Todo el país (se expande para mayores de 14 años)





## 5. Consideraciones Finales

El documento analiza marcos conceptuales que se han constituido en relación a los valores y creencias que cada sociedad construye en relación a las personas con discapacidad y si bien se relacionan con diferentes etapas o períodos de la historia, en la actualidad estos modelos interactúan y se sustentan en diferentes ámbitos institucionales y de convivencia social.

En este sentido la noción de discapacidad transita por diferentes concepciones que impugnan a la persecución y castigo, marginando o siendo objeto de caridad, a una concepción de insuficiencia, por lo cual deben ser tratados para ser rehabilitados según estándar de normalidad, hasta ser concebidos como sujetos de derecho, promoviendo su inclusión a partir de un trato equitativo, así como reconociendo su capacidad de aporte a la sociedad.

Desde esta perspectiva, los derechos humanos brindan un marco normativo que orienta las acciones necesarias en esa búsqueda de equidad entre las personas.

Si bien previo a la Convención se concretaron acciones de reconocimiento en el acceso a derechos de las personas con discapacidad, ésta se constituye como el primer instrumento amplio de Derechos Humanos del siglo XXI y señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad.

En este sentido Uruguay recorre desde su institucionalidad nuevas acciones afirmativas, fortaleciendo ámbitos en la protección de los derechos de las personas con discapacidad, instrumentando mecanismos de participación efectiva de la sociedad civil y específicamente de las organizaciones que las representan.

En general se puede apreciar que las distintas fuentes proporcionan diferentes guarismos en los totales a excepción de la Encuesta 2003-2004 y la ELPS que coinciden en 7,6% de personas con discapacidad. Son varias los factores que intervienen en estos resultados. Como se mencionó antes, por un lado las herramientas utilizadas no son las mismas, en el caso de las encuestas, éstas tienen un alcance diferente en cuanto a cantidad de población relevada, difieren en la forma de preguntar, en la posibilidad de medición del grado de severidad, en la cantidad de dominios de funcionamiento, entre otros aspectos. Sin embargo, aun así se mantienen las tendencias en cuanto a estructuras de edad y sexo.

Como se analiza en este documento las investigaciones y las estadísticas se acompañan según los enfoques conceptuales expuestos sobre las personas con discapacidad, existiendo múltiples estudios orientados según cada modelo al que se enmarcan.

En los sondeos estadísticos se encuentran registros orientados por enfoques de rehabilitación y del actual modelo social lo cual da lugar a distintos resultados. También incide la metodología utilizada por las diferentes herramientas, sin embargo se puede observar algunos valores constantes relacionados a temas de género y generaciones.

El Estado uruguayo desde una institucionalidad fortalecida, posibilita la articulación a nivel nacional de programas y proyectos que en conjunto con la sociedad civil planifica acciones que respetan las observaciones internacionales y construyen espacios para asegurar el acceso a derechos de las personas con discapacidad.

## 6. Bibliografía

- Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas, y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En *Discapacidad e información*. (pp. 63-96). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Casado Pérez, D. (1991): *Panorámica de la discapacidad*, Barcelona, Ed. Intress.
- 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.
- Jiménez Lara (2007): *Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes*. En Barton, L. (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Ediciones Morata, Madrid.
- Warnock, H.M. «*Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of the Handicapped Children and Young People*», HMSO, Londres, 1978.
- Nuñez, S. (2013). *Cuidados en personas con limitaciones. Análisis descriptivo de los datos del Censo 2011*. Mides.
- Nuñez, I. (2014) *Personas con Discapacidad en Uruguay: Algunas cifras del Censo 2011*. Comentarios de Seguridad Social Nº 44 Abril, Mayo y junio 2014.