Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad

“El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad” – Uruguay

Mapeo modelos de valoración de la discapacidad

“Mecanismos de valoración de la situación de discapacidad/dependencia”

Documento Final

Consultora: María Noel Míguez Passada

Montevideo, Marzo de 2019.

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, ni de su Junta Directiva y Estados Miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Contenido

Introducción

I. Definiciones claves

II. Marco normativo internacional y nacional

III. Contexto actual uruguayo sobre valoraciones, baremos y certificaciones.

A. Baremos y certificaciones utilizados hoy día en el país.
B. Baremo y certificación únicos: utilidad y factibilidad.
C. Sistemas de información.
D. Propuestas surgidas.

IV. Algunos ejemplos de baremo y certificación únicos de discapacidad a nivel internacional.

A. Argentina
B. Chile
C. Colombia
D. Costa Rica
E. México
F. Unión Europea
G. Francia
H. España
I. India
J. EEUU
K. Canadá

V. Recomendaciones

Bibliografía

Anexos:

- Anexo I: Otros componentes teóricos.
- Anexo II: Componentes metodológicos.
- Anexo III: Discursos recabados de las entrevistas
- Anexo IV: Información recabada a partir del Cuestionario.

- Anexo V: Baremos utilizados en Uruguay hoy día.
  - Anexo Va. “Normas para la Valoración del grado de invalidez” (BPS, 2006 - Versión 2014). Utilizado por el Banco de Previsión Social.
  - Anexo Vb. “Valoración de las situaciones de minusvalía” (IMSERSO, 1971). Utilizado por el Ministerio de Salud Pública.
  - Anexo Vc. (IMSERSO, 2002). Utilizado por el Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) - Ministerio de Desarrollo Social.
  - Anexo Vd. “Construcción de baremos para valoración de dependencia” (SNIC, 2018). Utilizado por el Sistema Nacional de Integrado de Cuidados (SNIC) - Ministerio de Desarrollo Social.
  - Anexo Ve. “Valoración de incapacidad laboral” (Baremo francés, 1970). Utilizado por el Banco de Seguros del Estado.
  - Anexo Vf. “Registro Laboral de Personas con Discapacidad”. La Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD) utiliza el baremo de Pronadis, el cual es realizado por los equipos interdisciplinarios de este último lugar.
  - Anexo Vg. “Importación de vehículos para Personas con Discapacidad”. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) utiliza el baremo del MSP, el cual es realizado por técnicos del área de la salud de este último lugar.
- Anexo VI: Baremos y certificaciones utilizados en otros países.
  - Anexo VIa: Argentina
  - Anexo VIb: Chile
  - Anexo VIc: Colombia
  - Anexo VId: Costa Rica
  - Anexo VIe: México
  - Anexo VIf: Unión Europea
  - Anexo VIg: Francia
  - Anexo VIh: España
  - Anexo VIi: India
  - Anexo VIj: EEUU
  - Anexo VIK: Canadá

INTRODUCCIÓN

El proyecto “El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad” tiene como uno de sus ejes de despliegue la “Sistematización de la información”. La finalidad de este eje está orientada, por un lado, a *“articular la información generada por las instituciones del Estado que permita identificar y caracterizar el acceso de las personas con discapacidad a sus derechos, fortaleciendo las capacidades estatales para armonizar y ampliar la recolección de información estratégica para el diseño de políticas de atención a las personas con discapacidad”*, y, por el otro, a *"la realización de estudios específicos y en la sistematización y difusión accesible de la información sobre las prestaciones existentes para las personas con discapacidad”.* (Ref. Mapeo modelos de valoración de la discapacidad, 2018, p. 3)

Dentro de este eje, uno de los elementos es el “Mapeo de modelos de valoración de la discapacidad”, el cual tiene como objetivo general: *“Contribuir a una armonización de los datos e información sobre las personas con discapacidad recolectados por diferentes instituciones públicas, con perspectiva de género y generacional, para progresar hacia un modelo de valoración/certificación única de la discapacidad y ayudar a la formulación de políticas públicas inclusivas”*. (Ref. Mapeo modelos de valoración de la discapacidad, 2018, p. 3). Tal como se plantea en los términos de referencia de esta consultoría, la misma *“busca generar herramientas que mejoren las capacidades estatales para lograr una armonización inter-institucional para la provisión de prestaciones e instrumentos de atención para las personas con discapacidad”*. (p. 4)

Uno de los componentes sustanciales para la presente consultoría resulta la realización de un Informe analítico sobre los mecanismos de valoración de la situación de discapacidad / dependencia, el cual debe contar con recomendaciones y una hoja de ruta para avanzar hacia la implementación de una valoración única interinstitucional (p. 5).

La lógica de exposición que se plantea a continuación contiene un primer punto, titulado *“Definiciones claves”*, donde se conceptualiza discapacidad, dependencia, invalidez, incapacidad, limitaciones, accesibilidad, deficiencia, etc., tanto desde el modelo social de la discapacidad anclado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), como en lo que plantea el modelo bio-psico-social de la OMS. Se sigue con un segundo punto titulado *“Marco normativo internacional y nacional”*, de forma tal de conocer la normativa nacional y su respuesta (o no) a los planteamientos de la CDPD. Se plantea un tercer punto titulado *“Contexto actual uruguayo sobre valoraciones, baremo y certificación”*, en el cual se plantea el estado del arte en el país hoy día, a partir de lo surgido de la bibliografía analizada y las entrevistas y cuestionario virtual realizados. Una vez analizada la temática en Uruguay, a través del punto titulado “*Algunos ejemplos de baremos y certificación de discapacidad a nivel internacional”*, se despliegan someramente algunos baremos y certificaciones utilizados en otros países.

Para este punto, se recupera la experiencia de cinco países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y México), dos de América del Norte (Estados Unidos y Canadá), tres experiencias europeas (una de la Unión Europea que contempla a seis países y la de Francia y España), y una experiencia asiática (India). En un último punto, titulado *"Recomendaciones"*, se introducen sugerencias técnicas en torno a la construcción de un baremo y una certificación únicos de discapacidad / dependencia en Uruguay, a partir de los datos que se presentaron precedentemente. Para finalizar, se suman varios anexos que ilustran los puntos desarrollados en el cuerpo del texto.

I. DEFINICIONES CLAVES

Para comenzar, resulta sustancial distinguir varios conceptos que se entrelazan en los marcos normativos, cuantificaciones de discapacidad, marcos teóricos, etc., ya que la utilización indistinta de varios de los términos genera, por lo general, problemáticas a la hora de hacer expresión en lo práctico todo lo referente a las situaciones de discapacidad. En este sentido, es dable aclarar que los marcos normativos internacionales hoy día confluyen entre el modelo biopsicosocial (Clasificación Internacional del Funcionamiento -CIF-, OMS, 2001) y el modelo social (Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad -CDPD-, Naciones Unidas, 2006). A su vez, gran parte de lo que hace al modelo social de la discapacidad se encuentra en producciones académicas que van generando insumos hacia y desde la arena política y la sociedad civil organizada.

En cuanto al concepto de **deficiencia**, la OMS la ha definido como: *"la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales. Con anormalidad se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y solo debe usarse en este sentido"* (CIF-OMS, 2001, p. 207). Desde el modelo social, la deficiencia, entendida en tanto déficit, se plantea como: *"Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo "normal" del cuerpo Uno (único). Es, también, una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad"*. (Rosato y Angelino, 2009, p. 34)

En su correlato, la definición de **discapacidad** dada por la OMS, refiere a: *"un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)"* (CIF- OMS, 2001, p. 206). Desde el modelo social, la CDPD establece: *"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"* (CDPD, 2006,
p. 1). En este sentido, y desde la academia, se propone *"pensar a la discapacidad como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad"*. (Rosato y Angelino, 2009, p. 34)

Ni la CIF (OMS, 2001), ni la CDPD (ONU, 2006), hacen referencia a invalidez o a incapacidad. Sin embargo, sí continuan apareciendo estos conceptos en los marcos normativos nacionales y en el discurso cotidiano de la arena política y de la sociedad civil organizada. Por este motivo, se definen ambos conceptos a partir de lo estipulado por los marcos normativos nacionales al respecto.

El concepto de **invalidez** se vincula directamente con las delimitaciones para otorgar prestaciones en el Uruguay, entendiéndose por ésta a la *"incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo"*, tal como lo define el Art. 19[1] de la Ley Nº 16.713 "Seguridad Social" para jubilaciones por invalidez (totales o parciales); o el Art. 43[2] de la misma ley, con relación a las pensiones por invalidez (transitorias o permanentes). Las normas de valoración del grado de invalidez se orientan a definir el porcentaje de incapacidad de una persona para la realización de actividades laborales remuneradas, configurada en dos aspectos: a) por el porcentaje de incapacidad *"que generan las diferentes patologías"*; b) por factores complementarios a los que se suma hasta un máximo del 7% por vulnerabilidad social (BPS, 2019).

La **incapacidad** es definida, en el Uruguay, por el Poder Judicial, para el otorgamiento de Tutela o Curatela. El Art. 432[3] del Código Civil (Ley Nº 16.603 y modificaciones), define la Curatela (o Curaduría) y, a su vez, hace referencia a la Tutela, referenciada para las situaciones de "invalidez", en el Art. 324[4] de dicho marco

---

[1] *"(Jubilación por incapacidad total).- La causal de jubilación por incapacidad total se configura por la ocurrencia de cualesquiera de los siguientes presupuestos: A) La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado y siempre que se acredite no menos de dos años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley. Para los trabajadores que tengan hasta veinticinco años de edad sólo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses. B) La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, cualquiera sea el tiempo de servicios. C) La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida después del cese en la actividad o del vencimiento del período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que hubiera originado la incapacidad, cuando se computen diez años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley, como mínimo, siempre que el afiliado haya mantenido residencia en el país desde la fecha de su cese y no fuera beneficiario de otra jubilación o retiro, salvo la prestación que provenga del régimen de jubilación por ahorro individual definido en la presente ley. Quienes habiéndose incapacitado en forma absoluta y permanente para todo trabajo, no configuren la causal de jubilación por incapacidad total, por no reunir los requisitos antes establecidos, podrán acceder a la prestación asistencial no contributiva por invalidez, en las condiciones previstas por el artículo 43 de la presente ley"*. (Ley Nº 16.713, Art. 19)

[2] *"(Prestación asistencial no contributiva por vejez o invalidez). Será beneficiario de la pensión a la vejez e invalidez, todo habitante de la República que carezca de recursos para subvenir a sus necesidades vitales y tenga setenta años de edad o, en cualquier edad, esté incapacitado en forma absoluta para todo trabajo remunerado. Quienes tengan ingresos de cualquier naturaleza u origen inferiores al monto de esta prestación o beneficio, recibirán únicamente la diferencia entre ambos importes"*. (Ley Nº 16.713, Art. 43)

[3] *"Están sujetos a curaduría general los incapaces mayores de edad. Hállanse en este caso los dementes, aunque tengan intervalos lúcidos y las personas sordomudas que no puedan darse a entender por escrito ni mediante lengua de señas según lo establecido en la Ley Nº 17.378, de 25 de julio de 2001. En este último caso, la intervención de intérprete de lengua de señas será preceptiva para decidir la curatela"*. (Ley Nº 16.603, Art. 432)

[4] *"Prohíbese a los padres nombrar dos o más tutores que funcionen a un mismo tiempo como conjuntos; y, si lo hicieren, el nombramiento subsistirá solamente a efectos de que los nombrados sirvan la tutela por el orden de su designación en el caso de muerte, incapacidad, excusa o remoción de alguno de ellos"*. (Ley Nº 16.603, Art. 324)

normativo[5]. Así como la invalidez definida por la Ley de Seguridad social hace alusión a la incapacidad laboral, el Código Civil plantea que la incapacidad que otorga es por invalidez.

Con relación a la **dependencia**, la misma no ha sido conceptualizada ni por la CIF (OMS, 2001) ni por la CDPD (ONU, 2006), por lo que se recupera la mirada que desde el modelo social se tiene en torno a la misma. En este sentido, una persona es dependiente cuando no puede realizar las actividades de la vida diaria por sus propios medios. La postura que plantea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en el Uruguay, da cuenta de una perspectiva desde el modelo social, por primera vez en el país, lo que hace consonancia entre discursos, marcos normativos y hechos. Así: *"Llamamos dependencia al estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado particular"*. (SNIC, 2018, p. 4) En este sentido, es necesario distinguir la dualidad dependencia - independencia, de la de autonomía - heteronomía[6].

Por **autonomía** se entiende a la toma de decisiones por parte del propio sujeto (en este caso, personas con discapacidad), sin que medie la coacción externa o el direccionamiento unilineal, fundamentalmente generado por los/las profesionales que intervienen en la temática y/o por los familiares de esta población. La CDPD (ONU, 2006) hace referencia a la autonomía en varios de sus artículos (Preámbulo literal n)[7] , Art. 3

[5] Se brinda como dato relevante lo enviado por la TS. Rosario Vilas, una de las entrevistadas del Poder Judicial: número de trámites de incapacidad que llegaron al departamento médico criminológico entre el 1/1/18-28/12/18: 48 realizadas en el Instituto; 35 solicitadas y realizadas en domicilio (en estos casos tiene que haber un certificado médico que establezca que la personas a periciar no puede concurrir). Esta cifra puede ser un poco mayor si hubiera algún error en la forma de pedirla a través del sistema nacional de pericias que es el usado a la hora de realizarlas.

[6] Un ejemplo claro al respecto se podría dar con el recientemente fallecido Stephen Hawking, científico británico de reconocida trayectoria, con una dependencia severa para la realización de las actividades de la vida diaria (y por ende, con asistencia personal permanente), y con una autonomía extrema no sólo en la toma de decisiones sino en el reconocimiento de todo el acervo científico que dejó en física y astrofísica.

[7] *"Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones"*. (CDPD, Preámbulo, Literal n))

literal a)[8], Art. 16 numeral 4[9], Art. 25 literal d[10]). Ello confluye con el modelo social de la discapacidad basada en derechos. La CIF (OMS, 2001) no define autonomía en su clasificación.

Tanto la deficiencia, como la discapacidad, la incapacidad, la invalidez y la dependencia son conceptos que se cuantifican en la población con discapacidad. Cuando se habla de **baremo**, se está haciendo referencia al instrumento que permite la valoración de una persona, en este caso con relación al grado de discapacidad (o invalidez, o dependencia, o incapacidad, según sea el caso). Cuando se habla de **valoración**, se está haciendo referencia al acto concreto de analizar la situación de una persona en base a un baremo definido con anterioridad. Cuando se habla de **certificación**, se está haciendo referencia al documento escrito que da cuenta de lo que se cuantificó a través de la valoración realizada en base a un baremo específico, el cual es utilizado para el goce de prestaciones dadas a esta población.

Estas valoraciones generan **grados**, por lo que se hace sustancial la especificidad de si se trata de deficiencia, de discapacidad, de dependencia, o de invalidez (no así de incapacidad, en el Uruguay, ya que se es capaz o incapaz según se defina judicialmente). En la jerga cotidiana y en algunas referencias institucionales se distingue entre leve, moderado, profundo (o severo). La CIF (OMS, 2001, p. 236) lo referencia como "problemas", los cuales distingue entre: leve, moderado[11], grave, completo/total. A su vez, a la hora de valorar, la CIF (OMS, 2001) le suma la complejidad de grados en las dificultades, en las limitaciones, en las restricciones, en las barreras, en los facilitadores[12].

---

[8] *"El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas"*. (CDPD, Art. 3, Literal a))

[9] *"Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad"*. (CDPD, Art. 16, Numeral 4))

[10] *"Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado"*. (CDPD, Art. 25, Literal d))

[11] *"Se define como "problema moderado" aquel que está presente como máximo durante la mitad del tiempo o al que se adjudica una puntuación que alcanza como máximo la mitad de la escala de dificultad total. Los porcentajes deben ser calibrados en distintos dominios y con referencia a las normas y percentiles de la población"*. (CIF, OMS, p. 36)

[12] *"Tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera, dependiendo del "constructo". Se deberán elegir los vocablos calificadores apropiados, tal como se muestra entre paréntesis, dependiendo del dominio relevante de la clasificación"*. (CIF, OMS, p. 36)

Por otra parte, otro de los aspectos que confluyen en la jerga cotidiana son los **tipos**, por lo general, distinguiendo entre transitorio o permanente. En este sentido, la CIF alude a este punto, referenciándolo estrictamente a las deficiencias: *"Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas"* (OMS, p. 19). La CDPD (ONU, 2006) no hace referencia alguna a este aspecto.

En cuanto a las **limitaciones** en discapacidad, las mismas hacen referencia a los impedimentos de los sujetos que les constriñen (en mayor o menor grado) la realización de las actividades de la vida cotidiana. Éstas son vistas como dificultades, siendo datos sustanciales en la construcción de la situación de discapacidad de los sujetos. La CIF (OMS, 2001) relaciona las limitaciones a la discapacidad (tanto así que incluye las limitaciones como parte sustancial de la definición que brinda de discapacidad), y lo que éstas influyen en la capacidad y actividad de los sujetos, a saber: *"son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades"* (p. 131).

El concepto de cierta forma contrapuesto al precedente es el de **accesibilidad**, el cual remite a la superación de las limitaciones para la reducción de las situaciones de discapacidad impuestas por el entorno. Cuanto más accesible se hace el entorno, menor es la situación de discapacidad. En correlato con esta argumentación, la CDPD (ONU, 2006) plantea en su Preámbulo, Literal v): *"Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales"*[13]. Por su parte, la CIF (OMS, 2001, p. 27) no hace alusión a este concepto, salvo por su contrapuesto (inaccesibilidad) y su relación con las **barreras**: *"La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)"*. Barreras para el modelo biopsicosocial de la CIF (OMS, 2001) es lo que desde el modelo social se reconoce como limitaciones. Este punto no es menor, ya que vincula las barreras a la inaccesibilidad, generando por momentos confusiones entre limitaciones, inaccesibilidad (contrario a accesibilidad) y barreras: *"La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)"*. (CIF-OMS, 2001, p. 27)

---

[13] A su vez, en el Art. 9, la CDPD plantea: *"A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales (…)"*. (CDPD, 2006, Art. 9)

El Art. 77 de la Ley Nº 18.651 “Protección Integral a las Personas con Discapacidad”, de 2010, introduce estas definiciones en cuanto barreras y accesibilidad, a saber:

A) Accesibilidad para las personas con discapacidad: condición que cumple un espacio, objeto, instrumento, sistema o medio para que sea utilizable por todas las personas en forma segura y de la manera más autónoma y confortable posible.
B) Barreras físicas urbanas: obstáculos existentes en las vías y espacios públicos que impiden o dificultan el desplazamiento y el uso de los elementos de urbanización.
C) Barreras físicas arquitectónicas: aquellos obstáculos físicos que impiden que personas con discapacidad puedan llegar, acceder, desplazarse o hacer uso de las instalaciones de los edificios.
D) Adaptabilidad: implica la posibilidad de modificar en el tiempo el medio físico con el fin de hacerlo completa y fácilmente accesible a las personas con discapacidad.
E) Practicabilidad: implica la adaptación efectiva a requisitos mínimos de los espacios físicos de uso habitual por personas con discapacidad.
F) Visitabilidad: refiere estrictamente al ingreso y uso de los espacios comunes y servicios higiénicos por parte de personas con discapacidad. (Ley Nº 18.651, 2010, Art. 77)

Cuando se hace referencia al **modelo médico** de la discapacidad, el sujeto queda cosificado como algo a ser reparado, intentando que llegue lo más posible a la normalidad (prenocionada desde la Ideología de la normalidad). La CIDDM (OMS, 1980) es un claro ejemplo de ello, en tanto orienta su mirada en lo post-médico, distinguiendo las (dis)funcionalidades en corporales (deficiencia), personales (discapacidad), sociales (minusvalía). En este sentido, *“el modelo médico refiere a posturas rehabilitadoras y normalizadoras, basadas en cuerpos deficitarios que requieren reparación. (…) remite a los sujetos como objetos de asistencia, los cosifica para su reparación, los ubica en una condición de desigualdad natural”*. (Angulo et alli, 2015, p. 15)

Cuando se hace referencia al **modelo biopsicosocial** de la discapacidad, el sujeto queda tensionado entre la fuerza que sigue manteniendo la (ausencia de) salud propia del modelo médico y los factores contextuales (superados por el modelo canadiense MDH-PPH con relación a la CIDDM -OMS, 1980- antes de la llegada de la CIF -OMS, 2001-). De todas maneras, a partir de la CIF, se perfila una nueva definición de la salud basada en la noción de bienestar, lo cual la acerca al concepto de autonomía (con o sin dependencia), en el entendido de ésta en su correlato con la rehabilitación médica y social (Harmonet, 2002). De una definición estrictamente médica de la discapacidad como era dada por la CIDDM (OMS, 1980), se pasa con la CIF a una concepción biopsicosocial, con márgenes en los discursos de derechos de las personas con discapacidad (CIF-OMS,

2001). En este sentido, *"se corre el velo hacia las condiciones, pero más que nunca demarcando lo sano de lo enfermo, lo normal de lo anormal, lo eficiente de lo deficiente. Todo se torna un problema de salud a resolver ante su ausencia. De esta manera, según Stiker (2009), la CIF se orienta y marca su mirada en los tres ámbitos donde el ser humano puede ser cuantificado: su cuerpo, su actividad y su participación social"*. (Míguez, 2017, p. 133)

Cuando se hace referencia al **modelo social** de la discapacidad, las sensaciones y percepciones de los sujetos resultan sustanciales. Por este motivo, a la hora de valorar a las personas con discapacidad, no sólo será importante la cuantificación del déficit desde las limitaciones y accesibilidad que constriñen o potencian a los sujetos desde lo social; sino, también, desde la experiencia singular que hace a que un mismo déficit y hasta una misma situación de discapacidad sean vividas de forma distinta. En este sentido, Angulo et allí (2015, p. 15) plantean: *"la discapacidad es entendida como una construcción social basada en términos de desigualdad, donde las líneas demarcatorias entre normalidad y anormalidad responden a posturas etnocéntricas. Por ello urge reconocer el carácter social y no natural de la discapacidad, para superar perspectivas hegemónicas que se continúan produciendo y reproduciendo en estas sociedades"*. La CDPD (ONU, 2006) marca un punto de inflexión importante en torno a la temática de la discapacidad, en tanto aparece un cambio sustancial en el concepto de discapacidad, superando los discursos de bienestar social para reubicar la cuestión en el ámbito de los derechos humanos. Así, la responsabilidad no se despliega en un correlato con el sujeto concreto, sino que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una situación de discapacidad.

II. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL

En el año 2006, Naciones Unidas sanciona la CDPD, primer documento internacional del milenio. El mismo fue realizado por actores de la arena política y la sociedad civil organizada de diversos países. Para las personas con discapacidad, éste resulta un gran avance en la concreción de sus luchas por el reconocimiento en torno a su condición de sujetos de derecho.

Por primera vez se define en su Preámbulo a la discapacidad como concepto, dejando para el Art. 1 a quienes incluye cuando hace referencia a personas con discapacidad. Este no es un tema menor, ya que descentra al sujeto del punto nodal de discusión y lo traslada, de cierta manera, a la sociedad. Tal como se planteó en el punto anterior sobre este concepto desde la CDPD:

> 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. (CDPD, 2006, literal e) del Preámbulo)

Más allá la CDPD se trate de un documento que se ubica dentro del modelo social de la discapacidad, cuando la predicha definición de discapacidad enfatiza en las "personas con deficiencias", genera controversias sobre sus miradas al respecto, reclamándosele resabios de las definiciones de la OMS. Algo similar sucede cuando en su Art. 1 define a las personas con discapacidad:

> 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. (CDPD, 2006, Art. 1)

En esta definición incluye dentro de las personas con discapacidad a aquellas que tengan deficiencias, evitando generar así una linealidad entre deficiencia y discapacidad, tal como lo plantea la OMS desde sus inicios. Ello implica que no todas las personas con discapacidad tienen deficiencias, pero sí vuelve a aparecer una linealidad a la inversa. Lo sustancial de esta demarcación radica en que, tal como se trabaja desde el modelo social de la discapacidad basado en derechos, toda persona diagnosticada con una deficiencia no tiene por qué estar en situación de discapacidad; y no toda persona con discapacidad tiene una deficiencia. Existen dos ejemplos claros al respecto: para el primer caso, con el diagnóstico de deficiencia auditiva bilateral profunda (sordera) se puede estar o no en situación de discapacidad, ello dependerá del contexto comunicacional en el cual se encuentre el sujeto; para el segundo caso, las infancias que son medicadas con psicofármacos desde sus primeros años de vida, sin diagnóstico al respecto, quedan ubicadas en una situación de discapacidad no teniendo, al comienzo, una deficiencia, ya que ésta se termina generando por la sistematicidad de su ubicación en la situación de discapacidad. De todas maneras, tal como se viene planteando, la mirada social de la CDPD es sustantiva con relación a estas cuestiones que quedarían por resolver.

Los principios generales de la CDPD son:

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. (CDPD, 2006: 3)

En estos principios generales aparecen conceptos fundamentales como autonomía, no discriminación, participación, inclusión, diversidad, igualdad, identidad. Esto implica un cambio en la mirada de los conceptos que resultan sustanciales tener claros hoy día en cuanto a normativa internacional.

Con relación al marco normativo nacional, Uruguay cuenta con dos leyes específicas en torno a discapacidad: la Ley Nº 16.095, de 1989, y la superadora de ésta, la Ley Nº 18.651, de 2010. Uruguay ratificó la CDPD en el año 2008, y su Protocolo Facultativo en el año 2011, lo que implica que la Ley Nº 18.651 fue sancionada luego de ratificar la CDPD. Asimismo, por controversias diversas entre varias de las instituciones que trabajaron en torno a la reglamentación de dicha ley, la misma se fue realizando paulatinamente, quedando aún algunos artículos por reglamentar (como es el caso del Art. 38, tan controversial como complejo, tal como se verá más adelante).

Según el Art. 2 de dicha Ley:

> Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (Ley Nº 18.651, Art. 2)

Esta definición de discapacidad reproduce los contenidos teóricos de la mirada médica de la discapacidad, atribuyendo la (ir)responsabilidad de la condición a la persona y no al contexto. Presentar la discapacidad como padecimiento ubica a los sujetos en un sufrimiento que les es atribuido por sus condiciones corporales y en ajenidad total con las responsabilidades sociales y colectivas al respecto. La relación a la edad y medio social se lo hace desde una ideología cargada de contenidos normativos, demarcada por la relación normal-anormal. Sorprende esta definición de la normativa, ya que fue sancionada con posterioridad a la ratificación de la CDPD en el Uruguay (Ley N°18.418, año 2008). Sin embargo, si se retoma la definición de discapacidad de la primera ley de discapacidad en el país (Ley Nº 16.095), del año 1989, se descubre que es la misma, sólo cambiándosele el “discapacitado” por “con discapacidad”[14]. A esto se le suma que dicha

[14] La Ley Nº 16.095 “Protección integral a las personas discapacitadas”, de Uruguay, en su Artículo 2 plantea: *“(Concepto de discapacidad).- Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”*.

definición de la ley de 1989 retoma textual la definición de discapacidad de la Ley Nº 22.431[15] de Argentina, del año 1981.

En la especificidad de la temática de baremos, valoraciones y certificaciones, el Art. 38, de la Ley Nº 18.651, resulta sustantivo para determinar cómo se deberían generar el baremo y la certificación únicos de discapacidad en el Uruguay, así como los órganos competentes para dicha tarea. En este sentido, en su párrafo introductorio, establece que serán el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD) (*"del Ministerio de Desarrollo Social"*) los encargados de realizar la certificación de discapacidad a través de la Junta Nacional de Salud (JNS) (creada por Ley Nº 18.211, Capítulo III, de 2007). Más allá esto se establece en la Ley Nº 18.651, cuando la Ley Nº 18.211 plantea la creación, funciones e integración de la Junta Nacional de Salud, no aparece referencia específica a la discapacidad, y menos aún a baremos y certificaciones. Sin embargo, en el Literal A) de dicho Art. 38 de la Ley Nº 18.651 establece que esta tríada institucional realizará: *"La certificación de la existencia de discapacidad, su naturaleza y su grado. La certificación que se expida justificará plenamente la discapacidad en todos los casos en que sea necesario invocarla"*. Asimismo, en su Literal B), plantea la creación de un órgano que llevará adelante la certificación única de discapacidad en el Uruguay, el cual tendrá equipos técnicos conformados por profesionales de la medicina, psicología y trabajo social para llevar adelante los baremos que certifiquen la discapacidad. El funcionamiento, constitución y reglamentación de estos equipos será realizado en acuerdo entre el MSP, la CNHD y el Banco de Previsión Social (BPS) (Literal C)). A su vez, estos equipos "tendrán presente" la CIF (OMS, 2010), generándose de esta manera una referenciación y no una obligatoriedad del uso de dicho baremo (Literal D)). Finalmente, en el Literal E) se plantea la ampliación y reorganización del Registro creado en el año 1968, por Ley Nº 13.711, el cual organiza las asignaciones familiares para las situaciones de discapacidad. Tal como se mencionó, este Art. 38 está en proceso de reglamentación, razón por la cual se podrían solucionar varias de las contradicciones en dicho proceso.

A partir de la normativa predicha en torno a baremos y certificación en discapacidad en el Uruguay, quedan claros dos aspectos: por un lado, la complejidad dada por la norma para especificar quién y cómo se debe llevar adelante el baremo y la certificación de discapacidad en el país; y, por el otro, el marco teórico de referencia para la implementación de los mismos.

Con relación al primer aspecto, la multiplicidad de instituciones que deberían trabajar coordinadamente parecería generar más confusiones que certezas. Si, a su vez, se le suma lo que dispone el Art. 28, vuelve a quedar confuso qué instituciones finalmente

[15] La Ley Nº 22.431 "Sistema de protección integral de los discapacitados", de Argentina, en su Artículo 2 plantea: *"A los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral"*.

deberían ser las encargadas de este tema: *"La existencia de la discapacidad a que refiere el presente capítulo, será evaluada por el Ministerio de Salud Pública en acuerdo con la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad como establece el artículo 37 de la presente ley"* (Ley Nº 18.651, 2010, Art. 28). El Artículo 37 hace mención a las acciones que llevará adelante el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) en acuerdo con la CNHD en materia de políticas de discapacidad. Se entiende que para la citación del Art. 28, se estaría haciendo referencia al Literal D) de dicho Art. 37: *"En coordinación con el Ministerio de Salud Pública supervisará servicios de terapia ocupacional y talleres de habilitación ocupacional y tendrá a su cargo la habilitación y registro"*.

Con relación al segundo aspecto, el sustento teórico tiene sus bases en el modelo médico de la discapacidad, en tanto referenciación constante al tema de la salud y la predeterminación de la situación de discapacidad como ausencia de ésta. Desde el modelo social de la discapacidad, se discute tal referenciación realizada por el modelo médico (y también tomada por el modelo biopsicosocial), en tanto no hace más que demarcar las distancias entre lo "normal" (lo sano) y lo "anormal" (lo patológico, donde queda ubicada la discapacidad). Esto conlleva no sólo una ideología de la normalidad[16] anclada en el modelo médico de la discapacidad, sino la imposibilidad de desprender la situación de discapacidad de lo que hace a las condiciones de salud de una persona[17]. A partir de la CDPD, el modelo social de la discapacidad hunde sus raíces en la normativa internacional, a la cual Uruguay adhirió previo a la sanción de esta ley nacional. Ello lleva a contradicciones que se van materializando, por ejemplo, en la complejidad que resulta generar un baremo y una certificación únicos en discapacidad en el país.

III. CONTEXTO ACTUAL URUGUAYO SOBRE VALORACIONES, BAREMOS Y CERTIFICACIONES.

A. Baremos y certificaciones utilizados hoy día en el país.

A partir de lo analizado sobre la ley nacional, no resulta extraño que los mecanismos de valoración de las situaciones de discapacidad / dependencia[18] en el Uruguay resulten heterogéneos. En esta heterogeneidad de formas de valorar, se hace

16 *"La ideología de la normalidad opera sustentada en la lógica binaria de pares contrapuestos, proponiendo una identidad deseable para cada caso y oponiendo su par por defecto, lo indeseable, lo que no es ni debe ser. [...] la anormalidad es el otro de la norma, el desvío es el otro de la ley a cumplir, la enfermedad es el otro de la salud"*. (Angelino, en Rosato y Angelino, 2009, p. 115)

17 En este sentido, desde el modelo social de la discapacidad, por ejemplo, una persona que haya nacido ciega, su "normalidad" y su "condición de salud" son la ceguera, por lo que no podría ubicársela como persona con restricciones en la salud. Ello sería reproducir la confusión entre deficiencia y discapacidad.

18 El TDR de la consultoría hace referencia a discapacidad / dependencia, de ahí que se haya utilizado esta forma de nombrar y se haya investigado sobre los baremos de dependencia en el país.

sustancial analizar la cuasi unanimidad de enfoques conceptuales mediados por el modelo médico de la discapacidad, salvo algunas excepciones.

Del trabajo de campo realizado para la presente consultoría, se pudo constatar la utilización de diversos baremos en discapacidad, orientados según las políticas de las entidades estatales a nivel nacional y departamental. Ello implica la puesta de la mirada en las instituciones y en las prestaciones, y no así en los sujetos beneficiarios de las mismas. Éste resulta uno de los puntos nodales a deconstruir, puesto que desde el modelo social de la discapacidad la mirada debe estar puesta en las personas con discapacidad como sujetos de derecho.

Se detallan a continuación los baremos que se utilizan hoy día en el país:

- "Normas para la Valoración del grado de invalidez" (BPS, 2006 - Versión 2014). Utilizado por el Banco de Previsión Social (BPS).
- "Valoración de las situaciones de minusvalía" (IMSERSO, 1971): Utilizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- "Formulario de Discapacidad" (Pronadis 2014 - IMSERSO, 2002): Utilizado por el Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) - Ministerio de Desarrollo Social.
- "Construcción de baremos para valoración de dependencia" (SNIC, 2018): Utilizado por el Sistema Nacional de Integrado de Cuidados (SNIC) - Ministerio de Desarrollo Social.
- "Valoración de incapacidad laboral" (Baremo francés, 1970): Utilizado por el Banco de Seguros del Estado.
- "Declaraciones de incapacidad". Las realiza el Poder Judicial a partir de entrevistas realizadas por médicos (psiquiatras fundamentalmente) del Instituto Técnico Forense (ITF). No existe un baremo específico que se utilice para estas Declaraciones de incapacidad.
- "Evaluación de Discapacidad CIF - WHODAS" (por sus siglas en inglés). El Centro Dr. Alberto Martínez Visca (mal conocido como Patronato del Psicópata) es la única institución en el país que lleva adelante la CIF, con la sustancialidad del WHODAS, reconociendo las potencialidades de generar un proyecto de vida singular de la persona con discapacidad (similar a lo realizado por Francia). Se está implementando desde hace menos de un año, en la conquista por la superación de entrevistas marcadas netamente por el equipo de psiquiatras de la institución.

Sobre estos baremos, los discursos de los referentes institucionales entrevistados de estos ocho servicios apuntan a: - la explicitación de por qué llevar adelante un baremo propio; - las diferencias entre valorar invalidez, incapacidad y discapacidad; y, - las formas en que se llegó al baremo que se utiliza. A su vez, quienes realizan fundamentalmente estas valoraciones son profesionales de la salud. Rara vez se toma en cuenta, en igualdad de condiciones, las opiniones de otras disciplinas que no sean de dicha área. (véase Anexo III).

Con relación al marco teórico que transversaliza estos ocho baremos, tiende a ser, en la casi totalidad de las situaciones, el modelo médico de la discapacidad, en tanto son los devenidos de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) (OMS, 1980), con los cambios que se le fueron realizando en distintos documentos, por lo general del IMSERSO español (véase la referencia al Real Decreto de 1971/1999). Cuando la CIF (OMS, 2001) es tomada como referencia, y más aún, haciendo una lectura de ésta desde los componentes subjetivos de las personas con discapacidad (proyecto de vida), el marco teórico de referencia halla su vaivén entre el modelo biopsicosocial y el modelo social. Ejemplo de ello resulta lo realizado en el Centro Dr. Alberto Martínez Visca.

En este sentido, cuando se hace referencia a baremos en discapacidad, desde el modelo social se contemplan los conceptos de deficiencia, discapacidad, dependencia, limitaciones y accesibilidad, todo ello mediado por la construcción de subjetividad e identidad de los sujetos. Cuando se hace referencia a que en Uruguay prima aún la mirada médica de la discapacidad a la hora de valorar, de hecho se basa en que los baremos ponen el foco en la deficiencia, tomándola muchas veces como similar o causa directa de la discapacidad. Tal como se verá con el ejemplo francés, cuando la CIF (OMS, 2001) recupera aspectos singulares y de construcción de proyectos de vida basados en las expectativas y campos de los posibles de los sujetos, adquiere fuertes componentes del modelo social, reconociendo a las personas con discapacidad como reales sujetos de derecho.

Se detallan a continuación los baremos que se usan de otros servicios:

- Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD): Utiliza el baremo y equipos interdisciplinarios de Pronadis - MIDES para las inscripciones en el Registro Laboral de la Discapacidad.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF): Utiliza el baremo y certificación del MSP para otorgar beneficios en la importación de autos para personas con discapacidad.
- Intendencias departamentales: En el caso de dar prestaciones específicas, utilizan las valoraciones y certificaciones realizadas por otros servicios, fundamentalmente el BPS. En el caso del Pase Libre de la Intendencia Departamental de Montevideo, si la persona no cuenta con un baremo, el equipo médico de la institución realiza la entrevista y de allí se le otorga (o no) la prestación.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Utiliza las certificaciones realizadas por el BPS con su baremo.
- Administración Nacional de Educación Pública (ANEP): Generan prestaciones para población en situación de discapacidad, fundamentalmente, a partir de diagnósticos médicos y de psicopedagogos. En algún caso de severidad utilizan la certificación de invalidez del BPS.

- Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU): Por lo general, se retoman las valoraciones y certificaciones realizadas por el BPS. Cuenta con centros de tiempo parcial y tiempo completo para infancias, adolescencias y adulteces con discapacidad.
- Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional INEFOP: No se demanda baremo o certificado de discapacidad, sólo se hacen las seis preguntas del Grupo de Washington.

Los discursos de los referentes entrevistados de las instituciones que utilizan baremos de otros servicios, apuntan a: - la explicitación de por qué utilizan las valoraciones de una institución y no de otra; - cuáles son las exigencias para tomar como válido el baremo y/o certificación presentado desde la otra institución; - la explicitación del no uso de baremos y cómo se resuelve este punto en lo concreto; - la similitud del baremo de la institución que lo realiza con la información que el servicio requiere. (véase Anexo III)

En este último aspecto, también se recabó información sobre organizaciones de la sociedad civil que trabajan con personas con discapacidad y en convenio con instituciones estatales, las que demandan como certificación fundamentalmente la realizada por la CHND y BPS, y en menor medida por el MSP y el MIDES.

B. Baremo y certificación únicos: utilidad y factibilidad.

En busca de consensos hacia la generación de un baremo y una certificación[19] únicos en el país, se indagó en las entrevistas y en el cuestionario sobre la utilidad de contar con esta unicidad. En las dos herramientas metodológicas realizadas en el trabajo de campo (entrevistas en profundidad y cuestionario) se recuperaron discursos de la sociedad civil organizada y de la arena política al respecto.

Con relación a la utilidad de un baremo único resultó unánime la voluntad de generarlo. Los discursos se orientaron hacia: - lo sustancial de un baremo único poniendo el foco en las personas y no en las prestaciones; -- la facilidad para algunos y la complejidad para otros de lograr un baremo único; - la necesidad de claridad en los conceptos para la realización de un baremo único; - el beneficio para las PcD; - la voluntad de que esto salga; - la necesidad de trabajar este baremo de forma interinstitucional; - la necesidad de desligar baremo y certificación con prestación (véase Anexo III). En este sentido, se destaca la cita que sigue:

> *"Tener un criterio único sería que el Estado uruguayo, en su conjunto, reconoce que hay una persona que tiene una discapacidad. Tiene una*

[19] Más allá el TDR de la presente consultoría hace referencia a baremos, se entendió sustancial consultar también en torno a la certificación, ya que uno es consecuencia del otro.

discapacidad, un tipo de discapacidad y un nivel de discapacidad. Eso, a priori, no tendría ninguna prestación asociada." (E16)

A su vez, con los actores de la arena política, se indagó sobre las posibilidades de llevar adelante un baremo único desde la institución de referencia desde la cual dieron sus respuestas. Sus discursos se orientaron a: - la explicitación de por qué poder o no poder llevar adelante un baremo único en discapacidad en su servicio; y, - las implicancias de las instituciones con relación a sus técnicos valoradores y el cambio que generaría un baremo único (véase Anexo III). En este sentido, resulta emblemática la cita que sigue:

"Creo que sería muy grosero supeditar una política tan importante por que algunos profesionales hagan su tarea como la venían haciendo". (E16)

Al igual que para el baremo único, hubo unanimidad en las respuestas afirmativas para la certificación única. Con relación a la utilidad de una certificación única, los discursos se orientaron hacia: - la complejidad que llevaría llegar a una certificación única por el tipo de prestaciones que otorga la institución; - la necesidad de revisiones periódicas para actualizar la certificación; - la normativa nacional que no se cumple con relación a este aspecto; - la necesidad de una certificación única; - la obligatoriedad o no de ser valorado y certificado el sujeto (véase Anexo III).

C. Sistemas de información.

A partir de los datos recabados sobre tipo de baremo utilizado por la institución, los profesionales que realizan las valoraciones en cada servicio, y la utilidad de un baremo y una certificación únicos, se indagó sobre los sistemas de información. Surgió aquí una doble cuestión: por un lado, cómo se distribuye la información del servicio a la población, especialmente a las personas con discapacidad y sus familias, como para las instituciones que trabajan en la temática; por otro lado, qué tipo de información se requiere para generar un sistema de información único a nivel nacional que sirva para proyectar políticas, presupuestos, prestaciones, etc. en torno a la temática de la discapacidad.

Con relación a cómo están llegando las personas interesadas a la de información sobre la temática de la discapacidad, surgieron respuestas desde la arena política y la sociedad civil organizada que se orientan a: - preocupación por lo fragmentada que llega la información a las PcD; - lo rudimentaria de la difusión de la información en varias instituciones; - la complejidad de encontrar datos certeros de organizaciones y prestaciones; - la complejidad de encontrar la información en formato accesible; - la explicitación de formas de difusión de la información que ha sido bien valorada; - la difusión de la información a través de técnicos (fundamentalmente del área de la salud) (véase Anexo III). Un discurso claro al respecto es el que sigue:

> *"Está costando que llegue la información. Por varias razones. Una, porque la información está diseminada en diferentes ámbitos y no está actualizada la información. Eso provoca problemas. A veces, van apareciendo determinados servicios y no se sabe, lo que también provoca distorsión. Y otra, porque muchas veces las personas con discapacidad no saben buscar, cómo consultar la información y se quedan con lo primero que le comentan. Yo no sé si la información está mal hecha, pero no se está accediendo".* (E25)

Con relación a cómo está hoy día el tema de los servicios de información en discapacidad para las proyecciones institucionales y estatales, surgieron respuestas en torno a: - instituciones que cuentan con sistemas de información compartidos, tanto a la interna como con otras instituciones; - tipos de sistemas de información que se desarrollan hoy día en el país (SMART, SIAAS, GURI, etc.); - instituciones que no cuentan con información más allá de la recabada por su servicio; - la complejidad que genera en varias instituciones la ausencia de un sistema de información conjunta (véase Anexo III).

D. Propuestas surgidas.

Lograr un baremo y certificación únicos en el Uruguay requiere del mayor consenso posible. De esta manera, se le propuso a los distintos entrevistados que imaginaran cómo sería un baremo y certificación únicos, la conformación de los equipos valoradores, qué institución realizaría el baremo y certificación, cómo sería un acceso a la información única y accesible.

Con relación a la generación de un tipo de baremo y certificación únicos en el Uruguay, desde la arena política y de la sociedad civil organizada se plantearon cuestiones en torno a: - necesidad de contar como punto de partida una forma consensuada de cómo definir la discapacidad; - necesidad de generar un baremo que ponga en el foco a las personas y no a las prestaciones; - la no obligatoriedad de valorarse; - generar consonancia con lo planteado por la ley nacional; - la necesidad de una certificación única (no así un baremo único) para organizar las prestaciones; - propuestas sobre cómo generar un baremo único a partir de lo que cada institución tiene hoy día como técnicos valoradores. (véase Anexo III) Una cita que condensa varios de los planteamientos surgidos, es la siguiente:

> "*Que todas las instituciones pudieran traducir a su propio lenguaje eso que es el baremo. Porque un diagnóstico de cualquier orden, o una percepción sobre una situación no es lo mismo desde la pedagogía, la psicología, la medicina. Entonces, pensar en un baremo único, en una forma de hablar común"*. (E7)

Con relación a la conformación de los equipos de valoración, se plantearon las siguientes propuestas: - equipos interdisciplinarios de base: Medicina, Psicología y Trabajo Social; - equipos interdisciplinarios que pudieran rotar en las especialidades; - conformación de técnicos valoradores desde distintas instituciones; - formación y capacitación de los equipos valoradores. (véase Anexo III). La siguiente cita parece clara al respecto:

> *"Equipos multidisciplinarios e interinstitucionales. Hay que pensar en una construcción con lo que tenemos en cada departamento. Por ejemplo, "yo tengo trabajador social", "tu tenes médico", y se arma un equipo. Y te armas un equipo fijo y luego sumas otras especializaciones según la situación de la persona. Por ejemplo, se llama a fisiatra, a médico psiquiatra, etc. (…). Entonces, cuando tengas determinado el instrumento a utilizar, llamas a capacitar…".* (E19)

Con relación a la institución que podría llevar adelante el baremo y certificación únicos, se plantearon las siguientes propuestas: - centralizar todo en un futuro INADIS, el cual no debería depender del MIDES; - centralizar todo en la CNHD; - centralizar todo en un órgano independiente de cualquier institución; - centralizar todo en el MIDES; - centralizar todo entre el MIDES, BPS y MSP; - descentralizar las valoraciones y la certificación desde las oficinas territoriales de cada institución; - realizar las valoraciones en cada institución y la certificación podría estar centralizada. (véase Anexo III). La siguiente cita es clara al respecto:

> *"Esto es bien organizacional. Hay cosas que funcionan muy bien descentralizadas, y cosas que funcionan muy bien centralizadas. El baremo único sería centralizado, y necesita un líder. De naturaleza quizá sería el MIDES, pero más con la lógica del Sistema de Cuidados, con la comisión asesora interinstitucional".* (E2)

En lo que hace al acceso a la información, desde los distintos entrevistados se tomó hacia dos lugares: uno con relación al acceso a la información que deben tener las personas con discapacidad, y otro con relación a cómo generar a nivel interinstitucional un sistema de información general para el país.

Con relación al acceso a la información por parte de las personas con discapacidad y sus familias, así como las organizaciones que trabajan en la temática, se plantearon las siguientes propuestas: - generar una guía de recursos accesible; - generar folletería (con textos fáciles) para distribuir en los distintos espacios a los que accede la población; - generar videos de difusión de la información en LSU para que circulen por las redes sociales; - generar app con la información de las prestaciones; - generar un sistema que con poner la cédula de identidad de la persona la misma pueda acceder a la información de las distintas prestaciones que le corresponden. (véase Anexo III)

Con relación a cómo generar un sistema de información único, se plantearon cuestiones en torno a: - generar una base de datos con las prestaciones en general, de forma tal de poder generar políticas acordes a las necesidades y la población claramente identificada; - centralizar la información en una institución supra con acceso descentralizado a la misma desde las distintas instituciones; - generar sistemas de información donde circule la información necesaria para otorgar las distintas prestaciones pero en el recaudo de protección de datos; - necesidad de garantizar recursos humanos y materiales para la realización de un sistema de información único. (véase Anexo III). La siguiente cita resulta clara:

> *"Creo que hacia ahí vamos como país. Estamos tratando de generar un sistema de información lo más integrado posible como para facilitarle los trámites a las personas. (…). Creo que hay que entender que hay que superar una lógica de intentar que la persona se esfuerce yendo a determinados lugares para ganarse, de alguna manera, la prestación. Como una carrera de postas. Con los mecanismos de información que hoy tenemos, creo que sería mucho más sencillo, incluso los mecanismos de control interno".* (E16)

——- 0 ——-

En síntesis, a partir de lo expuesto, y según lo analizado del trabajo de campo realizado, aparecen algunos hallazgos:

- Son ocho (8) las instituciones que llevan adelante sus propios baremos, realizando valoraciones desde sus profesionales en la materia, la mayoría de éstos desde el área de la salud. El resto, retoma los baremos, y también las certificaciones, que realizan tales instituciones, siendo las de mayor reconocimiento la CNHD, el BPS, el MIDES y el MSP.

- Los baremos que se utilizan se basan, por lo general, en el modelo médico de la discapacidad, con alguna excepción del modelo biopsicosocial. El modelo social de la discapacidad para la valoración de los sujetos está bastante ausente, lo que urge solucionar para generar una confluencia con lo planteado por la CDPD (ONU, 2006), ratificada por Uruguay en 2008, así como su Protocolo Facultativo en 2011.

- En Uruguay, al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, se reproducen varios de los baremos que han sido creados y utilizados por el IMSERSO (España). Esto lleva a una utilización sistemática de lo que España determina como válido en la especificidad de esta temática.

- Cuando se hace referencia a la utilización de un baremo, desde los distintos discursos aparece la casi unanimidad en el baremo de la CIF (OMS, 2010), en la mayoría de las situaciones porque así está establecido en la Ley Nº 18.651. En su casi totalidad, las personas entrevistadas y quienes realizaron el cuestionario aluden a la obligatoriedad que da la norma nacional de utilización de dicho baremo, no sabiéndose que no existe tal obligatoriedad sino orientación al respecto.

- El correlato entre baremo, certificación y prestaciones es casi lineal, lo que devela que el foco está puesto en el tipo prestación, no en la persona con discapacidad.

- Existe una enorme brecha a nivel de gobiernos departamentales a la hora de generar prestaciones específicas para personas con discapacidad. A diferencia de Montevideo y Canelones, con algunas especificidades en Maldonado y Rocha, en el resto de las intendencias departamentales queda desdibujada la temática de la discapacidad, no habiendo prestaciones, políticas, planes y programas orientados a esta población.

- Son varios los discursos sobre acuerdos en transitar hacia un baremo y certificación únicos. Algunos de los servicios que enfáticamente plantearon su distinción de un baremo y certificación únicos son aquellos que brindan prestaciones muy específicas, como la realizada por accidentes laborales, y las situaciones de tutela y curatela.

- El único servicio que entrega lo más parecido a un certificado de discapacidad es la CNHD, a través del Registro Laboral de Personas con Discapacidad.

- Las contradicciones que genera el Art. 38 de la Ley Nº 18.651 lleva a confusiones diversas. Sería sustancial que, en su proceso de reglamentación, se solucionaran.

- La necesidad de capacitación de los equipos valoradores en el baremo único que se realice, así como las condiciones de la certificación.

- Aparece la necesidad de unificar criterios: en la concepción de discapacidad, en qué se valora, qué porcentaje sirve para qué prestación, población claramente establecida con discapacidad (ejemplo HIV se contempla para otorgar el pase libre y la pensión por invalidez, pero no se acepta en el Registro Nacional de la Discapacidad de la CNHD).

- Aparece la necesidad de generar un sistema de información de discapacidad único a nivel nacional. Sin embargo, a la hora de plantear si el servicio al que pertenece quien brinda la respuesta estaría en condiciones de hacerlo, la cuestión se complejiza.

- Hoy día, las personas con discapacidad, en caso de solicitar prestaciones diversas en distintos servicios, deben aceptar ser valoradas cuantas veces estos lo requieran. Ello se vive como una reproducción sistemática de control sobre sus cuerpos, de exposición de los mismos a la mirada de los otros.

- Las exigencias de valoraciones periódicas son también vivenciadas como una exposición en demasía de su situación, más aún en situaciones que no van a cambiar su condición de cronicidad.

IV. ALGUNOS EJEMPLOS DE BAREMO Y CERTIFICACIÓN ÚNICOS DE DISCAPACIDAD A NIVEL INTERNACIONAL.

A. Argentina

En Argentina existe el Certificado Único de Discapacidad (CUD), por Ley Nº 25.504, de 2001, el cual tiene validez nacional. El mismo es expedido por el Ministerio de Salud, tal como se plantea en su Art. 1: *"El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar"*. La valoración la realiza una junta evaluadora interdisciplinaria, la que solicita para comenzar el trámite *"un certificado médico original con diagnóstico completo, secuela y tratamiento realizado con firma y sello del médico con fecha cuya antigüedad no sea mayor a los seis meses, estudios médicos complementarios y una planilla completada por el médico/a tratante"* (Palermo, 2018, p. 4) (véase Anexo VIa). Esta junta evaluadora se basa en clasificaciones desarrolladas por la OMS para cuantificar deficiencias motoras, intelectuales, mentales, sensoriales y viscerales. Éstas son: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).

El CUD genera acceso a diversas prestaciones, a saber: acceso a medicamentos, prótesis y tratamientos en el plano de la salud, transporte público nacional gratuito, libre tránsito y estacionamiento, asignaciones tales como "hijo con discapacidad", "maternidad down" y "ayuda escolar anual por hijo con discapacidad", franquicias en la compra de automotores, exenciones de algunos impuestos y tasas municipales, y acceso a la administración pública por cuotificación.

Según Palermo, *"el CUD se presenta como documento habilitante en el acceso a derechos específicos para personas con discapacidad, al tiempo que ampara una concepción de la discapacidad como déficit individual desde una óptica sostenida en el modelo médico, habilitando la demarcación de una diferencia en términos de deficiencia"*. (2018, p. 3)

B. Chile:

En Chile existe el Registro Nacional de la Discapacidad (RND) (véase Anexo VIb), por Ley Nº20.422, de 2010, valido a nivel nacional. En su Art. 14, párrafo 2º, plantea: *"La calificación de la discapacidad deberá hacerse de manera uniforme en todo el territorio nacional, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso de las personas con discapacidad a los derechos y servicios que la ley contempla (…)"*. Los baremos se llevan adelante por Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), dependientes del Ministerio de Salud, y por instituciones públicas o privadas reconocidas por éste para su realización (Art. 13). Estas Comisiones están conformadas por profesionales de la psicología, fonoaudiología, asistencia social, educación especial o diferencial, kinesiología o terapia ocupacional, dependiendo del tipo de discapacidad a evaluar. Se utilizan los instrumentos y criterios de la CIF (OMS, 2010) para valorar a las personas con discapacidad que soliciten ingresar al RND. Una vez expedida la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, debe remitir los antecedentes al Servicio de Registro Civil e Identificación para su inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad (Art. 17), brindándole una copia de éstos al solicitante.

El RND genera el acceso a los diferentes beneficios y prestaciones sociales para personas con discapacidad (Art. 4).

Más allá la COMPIN esté integrada por varias disciplinas de lo médico y algunas de lo social, su nomenclatura (referida a la medicina preventiva y a la invalidez) y su dependencia del Ministerio de Salud remiten la temática de la discapacidad al orden de lo médico con orientación a lo biopsicosocial de la mano de la CIF (OMS, 2010).

C. Colombia:

En Colombia existe el Certificado de Discapacidad, por Resolución Nº 00583 del Ministerio de Salud y Protección Social, de 2018, válido a nivel nacional. El proceso de valoración y certificación de la discapacidad (véase Anexo VIc, punto 2) se lleva adelante por equipos interdisciplinarios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de su red prestadora de servicios. Dichos equipos están conformados por profesionales con experticia en certificación de discapacidad[20], cada uno de diferentes áreas, a saber: medicina general o especialista, al que se le suman al menos dos profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería o trabajo social (Art. 5). Para el acceso a las EPS, las personas con discapacidad deben presentar un diagnóstico de su médico tratante que dé cuenta de su situación.

---

[20] *"Certificación de Discapacidad. Es el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, que permite identificar las deficiencias corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, cuyos resultados se expresan en el correspondiente certificado, y son parte integral del RLCPD"*. (Resolución Nº 00583, Art. 4)

Contar con este Certificado de Discapacidad en Colombia, más allá de generar el acceso a diversas prestaciones y derechos, no cubre la totalidad de las mismas. En su Art. 13 plantea: *"El procedimiento de certificación de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional"*. Este artículo marca una diferencia con el resto de los países que otorgan certificaciones únicas en discapacidad a partir de la utilización de un baremo único. Por otra parte, la Resolución Nº 00583-18 establece no sólo el baremo a utilizar y la certificación a otorgar, sino también qué hacer con la información surgida del RLCPD.

El anclaje teórico de esta resolución es desde el modelo biopsicosocial de la discapacidad, teniendo la CIF-OMS un fuerte componente de referencia para la valoración y certificación de la discapacidad.

D. Costa Rica:

En Costa Rica existe el Certificado de Discapacidad, por Decreto N° 40727-MP-MTSS, de 2017, válido a nivel nacional (véase Anexo VId). En su Literal XI), especifica que la certificación de la condición de discapacidad es un instrumento enmarcado en el proceso de desarrollo humano de las personas con discapacidad, lo que les permite el acceso a servicios públicos y privados específicos para el ejercicio pleno de sus derechos y oportunidades. En dicho marco normativo se plantea que el proceso de valoración se lleve adelante por equipos que tomen como base el baremo de la CIF (OMS, 2001)[21]. A través de esta Ley se crea el Servicio de Certificación de la Discapacidad (SECDIS), *"como una medida de carácter estatal para verificar y evaluar las condiciones subyacentes y determinantes de una o varias condiciones de discapacidad en la persona solicitante"* (Decreto Nº 40727-MP-MTSS, 2017, Art. 1). A su vez, en su Art. 4, establece que será el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS)[22], el ente estatal que *"definirá los pedimentos de personal, la estructura, los requerimientos presupuestarios, los lineamientos programáticos y la elaboración, integración y organización de los procedimientos, instrumentos y protocolos del servicio de certificación de la discapacidad"*, especificando que *"las disciplinas y Colegios Profesionales del área*

[21] *"Que mediante las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud de Setiembre de 2001, se debe utilizar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) para la verificación de las condiciones de discapacidad, siendo factor determinante para emitir esta certificación la accesibilidad del entorno"*. (Decreto Nº 40727-MP-MTSS, 2017, Literal VI))

[22] Por Ley Nº 9303, de 2015, se crea el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), el cual se encarga de *"orientar, coordinar y garantizar la armonización de criterios, protocolos de atención, políticas de cobertura y acceso (…)*", lo cual da cumplimiento *"de los principios de equidad, solidaridad y transversalidad"* (Ley Nº 9303, 2015, Art. 2, Literal e)).

de la salud estarán facultados para asesorar, orientar y cooperar en la creación del servicio de certificación de la discapacidad" (Decreto Nº 40727-MP-MTSS, 2017, Art. 4).

El anclaje teórico de este marco normativo se referencia al modelo biopsicosocial de la discapacidad, en tanto referenciación directa a la CIF (OMS, 2001), con varios aspectos que apuntan a los derechos de las personas con discapacidad, pero con contradicciones en sostener este despliegue desde el área de la salud.

E. México:

En México existe la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (véase Anexo VIe), la cual rige a nivel nacional, por Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, del año 2011. En su Art. 10 plantea el uso de la CIF (OMS, 2001) como instrumento de valoración de la discapacidad[23], siendo el Sector Salud el que se expida al respecto. El Art. 23 de dicha Ley plantea el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Discapacidad, *"que tendrá como objetivo proporcionar información de servicios públicos, privados o sociales, y todo tipo de información relacionada, a la población con discapacidad, la cual podrá ser consultada por medios electrónicos o impresos, a través de módulos de consulta dispuestos en instalaciones públicas"*. Toda la información estadística que surge del Registro Nacional de Población con Discapacidad es parte del Sistema Nacional de Información en Discapacidad, el cual debe mantenerse actualizado por registros administrativos de certificación de discapacidad desde el área de la salud (Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011, Art. 23, párrafo 2). A su vez, en el Capítulo XII plantea la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, el cual *"tiene como objeto la coordinación y seguimiento continuo de los programas, acciones y mecanismos interinstitucionales públicos y privados, que permitan la ejecución de las políticas públicas para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad"* (Art. 36).

El marco teórico de referencia en el tema de baremos y políticas de discapacidad se acerca al modelo biopsicosocial (por la alusión a la CIF-OMS), con atisbos en el modelo médico (por la referencia constante al Sector Salud para todo lo que hace a su realización).

F. Unión Europea:

La Unión Europea viene implementando desde el año 2016 un sistema de reconocimiento mutuo que tiene como base generar una Tarjeta Europea de Discapacidad

---

[23] *"La Secretaría de Salud en coordinación con el Consejo, emitirá la Clasificación Nacional de Discapacidades, con base en los lineamientos establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, la cual estará disponible al público y deberá ser utilizada en el diseño de políticas públicas. El Sector Salud expedirá a las personas con discapacidad un certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad con validez nacional"*. (Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011, Art. 10)

(véase Anexo VIf), en respuesta a la demanda de personas con discapacidad y de las organizaciones que les representan en dicha comunidad. La misma está orientada al tránsito accesible dentro de la Unión Europea, garantizando la igualdad de acceso a los espacios de cultura, ocio, deporte y transportes de las personas con discapacidad de los países signantes, no así al usufructo de otras prestaciones específicas. Esta Tarjeta no modifica la normativa nacional de cada uno de los países implicados en cuanto a baremos y certificación de discapacidad.

Hasta el momento, se viene realizando una fase piloto entre ocho países (Bélgica, Chipre, Estonia, Finlandia, Italia, Malta, Eslovenia y Rumania), los cuales fueron seleccionados a partir de una convocatoria de propuestas del año 2015. Estos países se han sumado progresivamente, desde 2016, a la implementación de dicha Tarjeta.

G. Francia:

En Francia, con la Ley del año 2005 “Para la igualdad de derechos y oportunidades, participación y ciudadanía de las personas con discapacidad”[24], se crean las Casas Departamentales de Personas con Discapacidad[25], cuyo objetivo reside en brindar apoyo, información, acompañamiento y consejo a las personas con discapacidad y sus familias (Art. 64). Estas Casas Departamentales organizan el funcionamiento del equipo pluridisciplinar de la Comisión de Derechos y de la Autonomía de las personas con discapacidad[26], así como la ayuda necesaria a la formulación del proyecto de vida autónomo de las personas con discapacidad que allí se presenten para obtener los beneficios de prestaciones específicas. Son estos equipos pluridisciplinares los encargados de llevar adelante la valoración de la situación de discapacidad, los cuales se integrarán por distintos profesionales según la naturaleza de la situación de discapacidad. En su Art. 65 (-Art. L. 241-3-), la Ley 2005 hace referencia a la Tarjeta de Discapacidad que certifica la discapacidad y es otorgada por la Comisión de Derechos y de la Autonomía de las personas con discapacidad a partir de la valoración realizada por los equipos pluridisciplinares (Art. 64 -Art. L. 146-9) (véase Anexo VIg), cuya duración varía según la situación de discapacidad de quien solicita la valoración. La duración está determinada por el "grado de incapacidad”: con el 80% y más, se otorga de manera permanente. Más allá la Ley 2005 no prevé un criterio específico de valoración, a partir de la información recabada de especialistas de este país, se constató la utilización de la CIF como baremo para la certificación de discapacidad.

Los beneficios en accesos y prestaciones van en correlato con este 80% que los demarca. Por otra parte, se establece un sistema de información organizado por la

---

[24] Traducción propia de: “Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées”.

[25] Traducción propia de: Maisons départementales des personnes handicapées.

[26] Traducción propia de: Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Comisión Nacional de Informática y Libertades, la cual reúne los datos enviados por las Casas Departamentales de Personas con Discapacidad en base a: evaluación de las necesidades y demandas de las personas con discapacidad, las características de la discapacidad, y el funcionamiento de los equipos pluridisciplinares. (Art. 88 -Art. L. 247-2)

En este país es donde se puede ver con claridad cómo la CIF (OMS, 2001) puede tener anclajes en el modelo biopsicosocial basado en derechos, en tanto recupera las especificidades en las singularidades que este baremo habilita a desplegar (lo cual no es corriente), apuntando a la generación de un proyecto de vida elaborado por la persona con discapacidad y el equipo técnico de las Casas Departamentales de Discapacidad.

H. España:

En España, por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 2013, se aprueba la "Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social", con dependencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En el Art. 2 de dicha Ley se define discapacidad como: *"una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"*. El Certificado de Discapacidad (antes denominado Certificado de Minusvalía), se extiende a nivel nacional, y fue creado por Real Decreto 1971/1999[27] . Esta norma sigue en vigencia y en confluencia con la del año 2013. La valoración para la obtención de este Certificado se realiza por equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad de cada ámbito sectorial y territorial (Art. 12, Literal 1)), los cuales califican y reconocen el grado de discapacidad (Art. 12, Literal 2)) (véase Anexo VIh).

En el Capítulo VII de dicho Real Decreto se establecen los derechos y beneficios de las personas con discapacidad a partir de la valoración de discapacidad.

El marco teórico de referencia es el modelo biopsicosocial de la discapacidad, con contradicciones de lo médico y lo social plasmadas en estos Reales Decretos.

---

[27] *"La presente norma tiene por objeto la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, el establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento a seguir, todo ello con la finalidad de que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen"*. (Real Decreto 1971/1999, Art. 1)

I. India:

En India, a partir del nuevo marco normativo de 2016, titulado Derechos de las Personas con Discapacidad[28], se establece el Certificado de Discapacidad[29] válido para todo el territorio nacional (Art. 58, Literal 3)) (véase Anexo VIi). En los artículos que hacen al Capítulo IX de dicha ley se establecen las formas de valorar y el órgano encargado de realizar la certificación para la obtención del Certificado de Discapacidad. En su Art. 51, Literal 1), establece: *"Toda solicitud de certificado de registro se presentará a la autoridad competente de la forma y de la manera prescrita por el Gobierno del Estado"*[30]. Asimismo, en los artículos que hacen al Capítulo X de dicha ley, se dispone la especificidad de la certificación de la discapacidad. En su Art. 58, Literal 1), plantea: *"Toda persona con discapacidad, puede solicitar, de la manera prescrita por el Gobierno Central, a una autoridad certificadora que tenga jurisdicción para emitir un certificado de discapacidad"*[31]. La validez del mismo es de 5 años (con posibilidades de renovación) cuando son menores de 18 años, y cada 5 años también cuando son discapacidades temporales.

A diferencia de los marcos normativos de otros países estudiados (así como el uruguayo), en la Ley de 2016 de este país se hace referencia a distintas deficiencias reconocidas por los órganos de Gobierno de la India y sus Leyes[32]. A partir de esta demarcación, se definen los grados de discapacidad. Son 21 las deficiencias reconocidas por esta ley, las que incluyen: 1) Física: a) Motriz: consecuencias de la lepra, parálisis cerebral, acondroplasia, distrofia muscular, sobrevivientes de ataques de ácido; b) Visual: ceguera, baja visión; c) Auditiva: sordera, hipoacusia; d) Discapacidad del habla y del lenguaje. 2) Discapacidad intelectual: discapacidades específicas del aprendizaje, trastornos del espectro autista. 3) Discapacidad mental. 4) Discapacidades surgidas de:
a) Condiciones neurológicas crónicas: Parkinson, esclerosis múltiple; b) Condiciones sanguíneas: hemofilia, talasemia, enfermedad de célula falciforme. 5) Discapacidades múltiples. 6) Otras categorías que se sumen desde el Gobierno Central. (Ley 2016, Sección 2). Esta distinción es la que se toma en cuenta para determinar el grado de la deficiencia y su correlativo con la discapacidad.

El marco teórico de esta ley recupera algunos aspectos del modelo biopsicosocial de la discapacidad, pero fuertemente transversalizado por un modelo médico que detalla

---

[28] Traducción propia de: Rights of Persons with Disabilities.

[29] Traducción propia de: Disability Certificate.

[30] Traducción propia de: *"Every application for a certificate of registration shall be made to the competent authority in such form and in such manner as may be prescribed by the State Government"*.

[31] Traducción propia de: *"Any person with specified disability, may apply, in such manner as may be prescribed by the Central Government, to a certifying authority having jurisdiction, for issuing of a certificate of disability"*.

[32] Traducción propia de: Governing bodies and its Laws.

y especifica deficiencias (como ausencia de salud) y las ubica como causal sistemática de la discapacidad.

J. EEUU

En Estados Unidos de América, no existe una certificación única de discapacidad, sino que se la relaciona a la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), por marco normativo Nº 05-11011 (en su versión española Nº 11024) (véase Anexo VIj). Todo trámite al respecto debe realizarse por un agente del Seguro Social (que es quien administra el SSI). Se trata de una ley genérica de seguridad social, en la cual se especifican las situaciones de discapacidad y ceguera[33].

Dentro de una lista detallada de situaciones que se deben reportar en torno al acceso a estos beneficios del SSI, aparece un punto relacionado a la discapacidad, el cual plantea: *"Si recibe los beneficios de SSI por incapacidad o por ceguera, debe hacernos saber si su padecimiento médico mejora. Si se recupera de su incapacidad, sus beneficios de SSI terminarán después de un corto período de ajuste"* (Ley Nº 11024, p. 20). Acto seguido aclara: *"A todas las personas que reciben los beneficios por incapacidad se les revisan sus padecimientos médicos periódicamente. Sus beneficios de SSI continuarán a menos que haya prueba médica de mejoría y que es capaz de regresar a trabajar. (…). La frecuencia de las revisiones de su padecimiento médico depende de la gravedad del mismo y la probabilidad de mejoría"*. (Ley Nº 11024, pp. 20-21)

El marco teórico de referencia en este país es tan marcadamente desde el modelo médico de la discapacidad, que no sorprende su no ratificación a la CDPD (ONU, 2006).

K. Canadá:

A diferencia de EEUU, Canadá ha avanzado sustancialmente en la temática de la discapacidad desde el modelo social basado en derechos. En este sentido, desde el Modelo de desarrollo humano - Procesos de Producción de Discapacidad[34] (MDH-PPH), marco de referencia para la valoración de la discapacidad en este país, se concibe la como: *"una variación del desarrollo humano, es decir, una diferencia en el nivel de realización de los hábitos de vida o del ejercicio de los derechos de la persona"* (MDH- PPH, 2019, p. 3). Esta definición sostiene teóricamente la superación de la dicotomía salud - enfermedad, normalidad - anormalidad, propias de los modelos médico y biopsicosocial. Desde esta perspectiva, la situación de discapacidad es una situación de

[33] Hasta la fecha, sólo en la normativa estadounidense se ubican, por un lado, las discapacidades y, por el otro, la ceguera, como si esta última no estuviese dentro de las situaciones de discapacidad. Se intentó ahondar en la temática, no encontrándose fundamentación al respecto hasta el presente.

[34] Traducción propia de: Modèle de développement humain – Processus de production du handicap.

desigualdad, no siendo algo permanente o estático para todas las personas, sino que existen condiciones contextuales, procesos de cambio en las situaciones de discapacidad o de los factores personales, que son singulares para cada sujeto. El MDH-PPH se basa en que históricamente se ha tomado a la discapacidad como una característica de la persona, a partir de diferencias corporales o de funcionamiento, lo que ha reproducido la exclusión y estigmatización de esta población (MDH-PPH, 2019).

El MDH-PPH surge en 1988, a partir de las investigaciones dirigidas por Patrick Fougeyrollas y en el marco del Comité Quebequois de la Discapacidad. En 1991 se publica una primera versión completa de su propia clasificación. Este modelo resultó ser el primero en retomar los factores ambientales, las interacciones entre deficiencias, incapacidades y limitaciones del entorno, definiendo las situaciones de discapacidad como producto de estas interacciones. Para esa fecha, la OMS contaba con la CIDDM (OMS, 1980), desde una mirada médica de la discapacidad, en la confluencia de deficiencias, discapacidades y minusvalías en una linealidad que no habilitaba a analizar la complejidad de cada situación singular. En 1998 se comienza a implementar el MDH- PPH como modelo de valoración de la discapacidad en Canadá, avanzando en la idea de que el nivel de realización de los hábitos de vida de una persona o grupo de personas es determinado por la interacción de sus factores personales y los factores ambientales en un lugar y tiempo dados (MDH-PPH, 2019). Este modelo se fue convirtiendo en una versión alternativa a las pujas por la elaboración de una nueva forma de valorar la discapacidad desde la OMS, la cual se termina perdiendo ante lo surgido como CIF-OMS, del año 2001 (Canton, 2010; Harmonet, 2012; Míguez, 2017).

En el año 2010 surge una versión reformulada del MDH-PPH, la cual se tituló MDH-PPH2. Se mejoraron algunas definiciones: a) “factores de riesgo”: factores personales (con mayor énfasis en los “factores identitarios”), factores del entorno, hábitos de vida; b) “factores ambientales”: “ambiente social” (nivel macro), “ambiente comunitario” (nivel meso), “ambiente personal” (nivel micro); c) “hábitos de vida”[35]: se comienzan a distinguir entre “actividades de la vida cotidiana” y “roles sociales” (MDH-PPH, 2019) (véase Anexo VIk(b)). De esta manera, mensurando la realización de los “hábitos de vida” se identifican indicadores de la calidad de la participación social de los sujetos, quitándole las responsabilidades de ello a las personas por su condición singular. (MDH-PPH, 2019) (véase Anexo VIk(a))

A partir de lo expuesto, se pueden considerar las siguientes ventajas en la utilización de este modelo, a saber: - los conceptos empleados tienen carga positiva; - la conceptualización es exclusiva de lo que hace a la persona, el entorno y a las situaciones de vida; - se reconocen los factores ambientales como un ámbito conceptual de igual

[35] El MDH-PPH2 plantea que los “hábitos de vida” pueden influenciarse potenciando las capacidades, compensando las incapacidades con rehabilitación y ayudas técnicas, y por la reducción de los obstáculos del entorno. Por ejemplo, los prejuicios, la falta de ayuda o de recursos, la ausencia de accesibilidad, la dificultad de acceder a la información, la utilización de comunicación accesible, entre otros.

importancia que los factores personales y los hábitos de vida; - las situaciones de participación social y situaciones de discapacidad (como situaciones de desigualdad) son vistas como el resultado de la interacción de los factores personales y los factores ambientales; - la participación social testimonia el nivel de adecuación entre el ambiente y las características de una persona o grupo de personas, por lo que las situaciones de discapacidad existen cuando éstas no pueden realizar sus hábitos de vida o ejercer sus derechos en iguales condiciones que los demás. (MDH-PPH, 2019)

——- 0 ——-

En síntesis, aparecen algunos hallazgos que se detallan a continuación, a saber:

- La OMS, a través de la CIF como modelo de valoración, adquiere una fuerza notable en la casi totalidad de los países estudiados, reproduciendo el modelo biopsicosocial de la discapacidad.

- En varios marcos normativos analizados, se hace mención a la CIF (OMS, 2001) como instrumento de valoración. En algunos como obligatoriedad, en otros como sugerencia. Al haberse realizado un análisis de lo escrito en sus marcos normativos, poco se puede saber como se concretiza efectivamente esto en la realidad.

- Parece una constante en la casi totalidad de los países analizados la reproducción de un discurso de derechos y discapacidad basado en la CDPD, pero con anclajes teóricos marcados por las concepciones de la OMS desde el modelo biopsicosocial.

- De los países que utilizan este baremo (CIF-OMS, 2001), sólo Francia especifica la generación de un proyecto singular de cada sujeto, atendiendo a las subjetividades de cada persona con discapacidad que valora.

- De todos los países analizados, Canadá es el único que hace más de dos décadas valora y certifica la discapacidad desde el modelo social basado en derechos (previo a la CDPD), elaborando un baremo explícitamente diferenciado de la CIF (OMS, 2001).

- España sigue teniendo un fuerte impacto en la temática de la discapacidad en los países latinoamericanos (incluido Uruguay, tal como se puede ver en los anexos), lo cual ha generado la reproducción de sus formas de valorar anclados en la OMS, de la mano del IMSERSO.

- La mayoría de los países exigen una valoración replicada en el tiempo, más aún cuando de infancias con discapacidad se trata.

V. RECOMENDACIONES

Visto el grado actual de desarrollo de la temática en Uruguay, dados los marcos normativos existentes y existiendo la voluntad técnica y política para avanzar en herramientas que permitan avanzar en la armonización de la valoración de la discapacidad, ya sea tanto para la mejora de las eficiencia de los servicios del Estado como para la facilitación de las gestiones y la realización de los derechos de las personas que requieren de prestaciones asociadas a la condición de discapacidad, se plantean las siguientes recomendaciones:

✓ Crear un **grupo interinstitucional, validado políticamente, con actores técnicos, de la academia y la participación de la sociedad civil organizada**, con los siguientes cometidos:

- Analizar las concepciones en torno a la temática de la discapacidad en el Uruguay, de forma tal de llegar a consensos genéricos.
- Sensibilizar e informar sobre las potencialidades de contar con un baremo y certificación únicos en Uruguay, teniendo en el foco a las personas con discapacidad, de forma tal de evitar la revictimización y exclusión de esta población a la hora de solicitar prestaciones.
- Generar un baremo y certificación únicos de discapacidad en Uruguay, a partir del consenso generado sobre los conceptos en la temática. Varios/as entrevistados/as remiten a cómo lo ha llevado adelante el SNIC, el cual generó un baremo específico de dependencia, según las particularidades de la población uruguaya, y en constante diálogo con una comisión asesora en la temática que se reúne sistemáticamente para generar acuerdos colectivos.
- Utilizar como valoración de base la CIF (OMS, 2010) y evaluar las posibilidades de sumar componentes del MDH-PPH2 (2010) canadiense. La Ley Nº 18.651 dispone la CIF como posible instrumento de valoración, por lo que a nivel de marcos normativos se estaría cumpliendo con sus directrices. En este sentido, se recomienda especialmente:
    - *Retomar la CIF en su aplicación WHODAS*, tal como viene dada de la propia OMS, evitando retomar documentos intermedios como los generados por el IMSERSO español.
    - *Recuperar los aportes del MDH-PPH* (2010) canadiense que da cuenta de las singularidades, subjetividades, autopercepciones y proyecto de vida, de forma tal de potenciar el instrumento de la CIF en componentes en los cuales no se visualiza con claridad su función.
    - *Solicitar al equipo docente de Facultad de Psicología*[36] *que brinde apoyo y asesoramiento al proceso,* de forma tal de evitar la reproducción de

[36] Este equipo especializado en la temática de discapacidad trabaja sistemáticamente a nivel académico en esta valoración, siendo sustanciales sus aportes. La persona de referencia en este sentido es la Dra. María José Bagnato (hoy Decana de la Facultad de Psicología).

valoraciones existentes que dicen estar basadas en la CIF pero que estrictamente no la toman en su totalidad.

- Definir si será una institución la que centralizará la información, las valoraciones y la certificación.
    - En caso de tomarse como resolución la *centralización de la información, valoración y certificación*, resulta sustancial contemplar lo planteado en varias entrevistas en cuanto a que esta función debería ser llevada adelante por el Instituto Nacional de la Discapacidad (INADIS), en caso de crearse (enfatizando en que no sea en relación de dependencia con el MIDES), o la CNHD. Si fuera la opción de la CNHD, se la debería de proveer de recursos humanos y materiales para su desarrollo.
    - En caso de tomarse como resolución la *descentralización de la información, valoración y certificación*, se recomienda tomar como ejemplo lo que realizan en Francia las Casas de Discapacidad, las cuales se despliegan en todo el país bajo un mismo formato de valoración, certificación y acceso a la información.

  Desde el punto de vista técnico, se entiende que sería sustantivo que se centralizara en una institución como la CNHD o el INADIS (cuando esté creado y sin dependencia del MIDES) ya que están descentralizadas en todo el país.

✓ **Generar capacitaciones sustanciales y similares en los distintos equipos interdisciplinarios que lleven adelante la valoración**. Una vez logrados el baremo y certificación únicos, resulta sustancial capacitar a los equipos interdisciplinarios que llevarán adelante las valoraciones. Para este punto, se recomienda nuevamente tomar contacto con el equipo de Facultad de Psicología que trabaja al respecto.

✓ **Generar un Registro Nacional Único de Discapacidad de fácil acceso y con accesibilidad universal.** El mismo resultará de lo que surja del grupo interinstitucional sobre las concepciones de discapacidad, la definición de qué baremo utilizar y cómo desarrollarlo, y si la información estará centralizada o descentralizada.

✓ **Aunar esfuerzos para reducir las brechas que aparecen en las valoraciones, certificaciones, prestaciones, y distribución de la información entre Montevideo y el interior del país.** A partir de las entrevistas realizadas, el cuestionario respondido y las prestaciones específicas para las PcD en todo el país, resulta evidente la enorme brecha que existe hoy día en el país entre lo que se genera y se materializa para las PcD en Montevideo y las del resto del país, salvo algunas excepciones como la Intendencia de Canelones.

Todo esto será factible si hay voluntad y direccionamiento político al respecto. Éste sería el punto de partida para llegar a buen puerto.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, Carlos H. y Luis G. Bulit Goñi (2010). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Angelino, MA., Rosato, A. (Coords.). (2009). *Discapacidad e Ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit.* Buenos Aires: Noveduc.
- Angulo, S., Díaz, Sh., Míguez, MN. (2015). *Infancia y Discapacidad. Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos.* Montevideo: Unicef.
- Míguez, MN. (2017). *Contingencias normalizadoras en una sociedad de iguales. Discapacidad y trabajo en Francia y Uruguay*. Montevideo: CSIC-UdelaR.
- Míguez, MN. (2009). *Construcción social de la discapacidad*. Montevideo: Trilce.
- Oliver, M. (1998). *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?*. In: Barton, L. (comp.). *Discapacidad y Sociedad*, Madrid: Morata.

Fuentes documentales:

- ANEP. (2019a). *Centro de recursos para alumnos ciegos y con baja visión*. Montevideo: ANEP-CES. Archivo: http://www.quepuedoestudiar.edu.uy/index.php/programas-flexibles/item/107-centro-para-alumnos-ciegos-y-con-baja-vision-cer Recuperado el 27/01/2019.
- ANEP. (2019b). Unidad de Promoción, Intervención y Desarrollo Educativo. Montevideo: Administración Nacional de Educación Pública. Archivo: http://www.anep.edu.uy/codicen/dspe/upide Recuperado el 28/01/2019.
- ASSE. (2019). *Centros asistenciales*. Montevideo: Administración de los Servicio de Salud del Estado. Archivo: http://www.asse.com.uy/categoria/Salud-Mental-y-Poblaciones-Vulnerables-320?pagina=1 Recuperado el 21/01/2019.
- BPS. (2019). *Prestaciones*. Montevideo: Banco de Previsión Social. Archivo: https://www.bps.gub.uy/10594/crenadecer.html Recuperado el 20/01/2019.
- Boletín Oficial del Estado. (2015). *Código de la discapacidad*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Archivo: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/CodigoDisc.pdf Recuperado el 03/01/2019.
- BSE. (2019). *Accidentes de trabajo*. Montevideo: Banco de Seguros del Estado. Archivo: https://www.bse.com.uy/inicio/servicios/accidentes-del-trabajo/ Recuperado el 21/01/2019.
- Canton, J. (2010). *La « Classification québécoise » dite « Processus de production du handicap » peut-elle contribuer à la production de connaissances et aider à la prise de décisions?*. Quebec: Intercations, vol. 2., pp. 1-32. Archivo: http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/interactions/vol_2/classification_qc_handicaps/FR/Article_Canton_PPH_FR.pdf Recuperado el 17/05/2015.
- CNHD. (2019). *Servicios*. Montevideo: Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad. Archivo: http://www.cnhd.org.uy/63897/servicios Recuperado el 20/01/2019.

- Comisión Europea - Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. (2019). *Tarjeta europea de discapacidad*. Bruselas: Comisión Europea. Archivo: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1139&langId=es Recuperado el 03/01/2019.
- Commission for the Rights of Persons with Disability. (2019). *EU Disability Card - Malta*. Birkirkara: CRPD. Archivo: https://www.eudisabilitycard.org.mt Recuperado el 03/01/2019.
- Chile Atiende. (2019a). *Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND)*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Archivo: https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/3376-inscripcion-en-el-registro-nacional-de-la-discapacidad-rnd Recuperado el 04/01/2019.
- Chile Atiende. (2019b). *Certificado de inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Archivo: https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/3349-certificado-de-inscripcion-en-el-registro-nacional-de-la-discapacidad Recuperado el 04/01/2019.
- Chile Atiende. (2019c). *Evaluación de invalidez*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Archivo: http://compin.redsalud.gob.cl/?p=257 Recuperado el 08/01/2019.
- Decreto N° 40727-MP-MTSS. (2017). *Creación del Certificado de Discapacidad*. San José: Poder Legislativo. Archivo: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2017/12/07/COMP_07_12_2017.pdf Recuperado el 09/01/2019.
- Estonian Chamber of Disabled People. (2019). *European Disability Card - Estonia*. Tallin: Chamber. Archivo: https://www.epikoda.ee/about-us/?lang=en Recuperado el 03/01/2019.
- Gobierno del Estado de México. (2019). Credencial Nacional para Personas con Discapacidad. Ciudad de México: Gobierno del Estado de México. Archivo: http://difem.edomex.gob.mx/credencial_nacional_personas_discapacidad Recuperado el 08/01/2019.
- Harmonet, C. (2012). *Le Handicap trente ans après Wood. De la prise en charge vers l'accompagnement des personnes en situation de handicap*. Limognes: Trentièmes journées de l'Association des infirmiers de rééducation et réadaptation (AIRR). Archivo: http://claude.hamonet.free.fr/fr/art_handicap-30-ans-apres-wood.htm Recuperado el 15/012013.
- IMSERSO. (1999). *Solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad*. Archivo: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gradodiscapacidad.pdf Recuperado el 17/12/2018.
- IMSERSO. (2000, primera edición 1971). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. Archivo: http://sid.usal.es/libros/discapacidad/4569/8-1/valoracion-de-las-situaciones-de-minusvalia.aspx Recuperado el 17/12/2018.
- Intendencia de Montevideo. (2019). *Secretaría de Accesibilidad para la Inclusión*. Montevideo: Intendencia de Montevideo. Archivo: http://www.montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/secretaria-de-accesibilidad-para-la-inclusion Recuperado el 21/01/2019.
- La prensa libre CR. (2019). *Certificado único agilizaría trámites a personas con discapacidad*. San José: laprensalibre.cr Archivo: http://www.laprensalibre.cr/Noticias/

detalle/111750/certificado-unico-agilizaria-tramites-a-personas-con-discapacidad Recuperado el 04/01/2019.

- Law 2016. (2016). *Rights of Persons with Disabilities*. Nueva Deli: Poder Legislativo. Archivo: http://disabilityaf fairs.gov.in/upload/uploadfiles/files/RPWD%20ACT%202016.pdf Recuperado el 17/01/2019.
- Ley Discapacidad. (2019). *Certificado de Discapacidad en Costa Rica*. Archivo: https://www.leydiscapacidad.com/certificado-de-discapacidad-en-costa-rica/ Recuperado el 04/01/2019.
- Ley Discapacidad. (2019). *Certificado de Discapacidad en México*. Archivo: https://www.leydiscapacidad.com/certificado-de-discapacidad-en-mexico/ Recuperado el 04/01/2019.
- Ley de discapacidad. (2011). *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*. México: Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Archivo: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/558c2c24-0b12-4676- ad90-8ab78086b184/ley_general_inclusion_personas_discapacidad.pdf Recuperado el 16/01/2019.
- Ley Nº 13.711. (1968). *Denuncia obligatoria de los diagnósticos de retardo mental*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/13711-1968/5 Recuperado el 14/01/2019.
- Ley Nº 16.603. (1994). *Código Civil*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://www.impo.com.uy/bases/codigo-civil/16603-1994 Recuperado el 25/01/2019.
- Ley Nº 16.713. (1995). *Ley de la Seguridad social*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16713-1995/29 Recuperado el 25/01/2019.
- Ley Nº 15.982. (1988). *Código General del Proceso*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://www.impo.com.uy/bases/codigo-general-proceso/15982-1988 Recuperado el 21/01/2019.
- Ley Nº 16.095. (1989). *Protección integral a las personas discapacitadas*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16095-1989 Recuperado el 10/01/2019.
- Ley Nº 18.211. (2007). *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9178405.htm Recuperado el 14/01/2019.
- Ley N° 18.418. (2008). *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008 Recuperado el 14/01/2019.
- Ley Nº 18.651. (2010). *Protección Integral a las Personas con Discapacidad*. Montevideo: Poder Legislativo. Archivo: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010 Recuperado el 10/01/2019.
- Ley Nº 25.504. (2001). *Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. Modificación a la Ley 22.431*. Buenos Aires: Poder Legislativo. Archivo: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70726/norma.htm Recuperado el 10/01/2019.

- Ley Nº 22.431. (1981). *Sistema de Protección Integral de los Discapacitados*. Buenos Aires: Poder Legislativo. Archivo: https://www.defensorba.org.ar/pdfs/discapacidad/Ley-Nacional-22431-Sistema-Proteccion-Integral-de-los-Discapacitados.pdf Recuperado el 10/01/2019.
- Ley Nº 20.422. (2010). *Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*. Santiago de Chile: Poder Legislativo. Archivo: https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422 Recuperado el 09/01/2019.
- Ley Nº 9303. (2015). *Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad*. San José: Asamblea Nacional de Costa Rica. Archivo: http://www.pgrweb.go.cr/scij/ Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=79686&nValor3=100848&strTipM=TC Recuperado el 16/01/2019.
- Loi N° 2005-102. (2005). *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. París: Poder Legislativo. Archivo: https:// www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id Recuperado el 16/01/2019.
- MEF. (2016). *Importación de vehículo de discapacitado exonerado de impuesto*. Montevideo: Ministerio de Economía y Finanzas. Archivo: https://www.mef.gub.uy/innovaportal/file/12483/6/instructivo-importacion-de-vehiculos-de-lisiados-10-3-16-1.pdf Recuperado el 21/01/2019.
- MIDES. (2019). *Programas de Discapacidad*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Archivo: http://www.mides.gub.uy/20919/programas-de-discapacidad Recuperado el 21/01/2019.
- Ministerio de Salud (2016). *CUD*. Buenos Aires: Servicio Nacional de Rehabilitación. Archivo: https://www.argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud Recuperado el 04/01/2019.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 0000583 (26 de febrero de 2018)*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano. Archivo: https:// www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20583%20de%202018.pdf Recuperado el 04/01/2019.
- Ministerul Muncii Justitiei Sociale - Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Disabilitati. (2019). *In Europe & Romania - ensuring the mobility for people with disabilities*. Bucarest: MMJS - ANPD. Archivo: http://dizab.eurocard.gov.ro/?lang=en Recuperado el 03/01/2019.
- Ministry of Labour, Welfare & Social Insurance - Department for Social Inclusion of Persons with Disabilities. (2019). *European Disability Card - Chipre*. Nicosia: MLWI - DSIPD. Archivo: http://www.eudisabilitycard.gov.cy/index.php/en/page/home? Recuperado el 03/01/2019.
- MINTUR. (2019). *Turismo Accesible para Todos*. Montevideo: Ministerio de Turismo. Archivo: https://mintur.gub.uy/index.php/politicas-y-programas/turismo-accesible-para-todos Recuperado el 22/01/2019.
- Moreira, V., Salvo, G. (2016). *Pensiones por Invalidez*. Montevideo: Banco de Previsión Social. Ppt presentado en jornada del BPS. (mimeo)

- MSP. (2019). Junta Nacional de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Archivo: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/junta-nacional- de-salud Recuperado el 21/01/2019.
- MTSS. (2019). *Trámites y Servicios*. Montevideo: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Archivo: https://www.mtss.gub.uy/web/mtss/tramites-y-servicios Recuperado el 21/01/2019.
- Nacionalnim svetom invalidskih organizacij Slovenije. (2019). *Evropska kartica ugodnosti za invalide - Eslovenia*. Ljubljana: NSIOS. Archivo: http://www.invalidska-kartica.si/o-projektu Recuperado el 03/01/2019.
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Washington: ONU. Archivo: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf Recuperado el 10/01/2019.
- Organización Mundial de la Salud. (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM).* Ginebra: OMS. Archivo: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131983/8486852455-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y Recuperado el 10/01/2019.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS. Archivo: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1 Recuperado el 10/01/2019.
- Plena Inclusión. (2019). *Certificado de discapacidad y grado de discapacidad. Madrid: Plena Inclusión Organización*. Archivo: https://www.plenainclusion.org/que_hacemos/apoyamos-a-las-familias/tramites-legales-y-documentacion/el-certificado-de-discapacidad Recuperado el 04/01/2019.
- Presidencia del Gobierno de Costa Rica. (2017). Dos decretos facilitarán a personas con discapacidad uso de transporte público, de estacionamientos y acceso a servicios públicos y privados. San José: Gobierno de Costa Rica. Archivo: https://presidencia.go.cr/comunicados/2017/11/dos-decretos-facilitaran-a-personas-con-discapacidad-uso-de-transporte-publico-de-estacionamientos-y-acceso-a-servicios-publicos-y-privados/ Recuperado el 08/01/2019.
- Pronadis - Mides. (2019). *Presentación*. Montevideo: Programa Nacional de Discapacidad - Ministerio de Desarrollo Social. Archivo: http://pronadis.mides.gub.uy/75307/presentacion Recuperado el 20/01/2019.
- Réseau International sur les Processus de Production de Handicap. (2019). *Le Modèle MSH-PPH*. Quebec: RIPPH. Archivo: https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/ Recuperado el 08/01/2019.
- Resolución 0583-18. (2018). *Certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad*. Bogotá: Poder Legislativo. Archivo: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ Resolucion-583-de-2018.pdf Recuperado el 09/01/2019.
- SIIAS. (2019). *Programas de Discapacidad*. Montevideo: SIIAS - MIDES. Archivo: http://siias.mides.gub.uy/20919/programas-de-discapacidad Recuperado el 07/01/2019.

- SNIC. (2019). *Secretaría Nacional de Cuidados*. Montevideo: Mides - Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Archivo: http://www.mides.gub.uy/42709/secretaria-nacional-de-cuidados Recuperado el 21/01/2019.
- SNIC. (2018). *Construcción de baremos para valoración de dependencia*. Montevideo: Mides - Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Archivo: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/99818/1/construccion-de-baremos-para-valoracion-de-dependencia.pdf Recuperado el 17/12/2018.
- SNIC. (2017). *Baremo de Dependencia - Formulario para su aplicación*. Montevideo: Mides - Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Archivo: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/99818/1/formulario-de-aplicacion-baremo-de-dependencia.pdf Recuperado el 17/12/2018.
- Social Security Administration. (2019a). *Beneficios de incapacidad*. Washington: SSA-USA. Archivo: https://www.ssa.gov/espanol/beneficios/incapacidad/ Recuperado el 03/01/2019.
- Social Security Administration. (2019b). *Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)*. Washington: SSA-USA. Archivo: https://www.ssa.gov/pubs/ES-05-11090.pdf Recuperado el 08/01/2019.
- Special place. (2019). *Understanding The Disability Certificate in India*. Karnataka: Speech & Language Enrichment. Archivo: https://1specialplace.com/2018/05/30/understanding-the-disability-certificate/?v=9f72f02c2586 Recuperado el 03/01/2019.
- SPF Sécurité Social. (2017). *EU Disability Card - Belgique*. Bruselas: SPF Sécurité Social. Archivo: https://eudisabilitycard.be/fr Recuperado el 03/01/2019.
- Real Decreto Legislativo. (2013). *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Archivo: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632 Recuperado el 17/01/2019.
- Real Decreto 1971/1999. (1999). *Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Archivo: https://www.boe.es/eli/es/rd/1999/12/23/1971 Recuperado el 17/01/2019.
- UNFPA. (2018). *Mapeo modelos de valoración de la discapacidad*. Montevideo: UNFPA. (mimeo)
- USS. (2019). *Unidad de Atención en Salud para Personas Sordas*. Montevideo: Intendencia de Montevideo. Archivo: http://www.montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/policlinica-luisa-tirapare Recuperado el 21/01/2019.
- Vammais-Kortti. (2019). *EU Disability Card - Finland*. Hensilki: Vammais-Korti. Archivo: https://www.vammaiskortti.fi/en/in-english/ Recuperado el 03/01/2019.

ANEXO I: OTROS COMPONENTES TEÓRICOS

En la especificidad de las concepciones, tanto la CIF (OMS, 2001) como la CDPD (ONU, 2006) definen con claridad varios conceptos:

Desde la CIF[37]:

- **Estructuras corporales:** *"Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes"* (CIF-OMS, 2001, p. 121).

- **Funciones corporales:** *"Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas)"* (CIF-OMS, 2001, p. 227).

- **Actividad:** *"Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona"* (CIF- OMS, 2001, p. 131).

- **Participación:** *"Participación es el acto de involucrarse en una situación vital"* (CIF- OMS, 2001, p. 131).

- **Bienestar:** *""Bienestar" es un término general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una "buena vida". Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana"* (CIF-OMS, 2001, p. 204).

Desde la CDPD:

- **Comunicación:** *"La "comunicación" incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso"* (CDPD, 2006, Art. 2).

- **Lenguaje:** *"Por "lenguaje" se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal"* (CDPD, 2006, Art. 2).

---

[37] *"La CIF aporta definiciones operacionales de categorías de salud y "relacionadas con la salud", en contraposición a definiciones "vernáculas" o de uso coloquial. Estas definiciones describen los atributos esenciales de cada dominio (ej. cualidades, propiedades y relaciones) e informan sobre lo que se incluye y excluye en cada categoría. Las definiciones también contienen puntos trascendentales habitualmente empleados para evaluaciones, en estudios de población y para la elaboración de cuestionarios, o alternativamente, para permitir la codificación de los resultados de otros instrumentos de evaluación en los términos de la CIF".* (CIF-OMS, 2001, p. 220)

- **Discriminación:** *"Por "discriminación por motivos de discapacidad" se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables"* (CDPD, 2006, Art. 2).

- **Ajustes razonables:** *"Por "ajustes razonables" se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales"* (CDPD, 2006, Art. 2).

- **Diseño universal:** *"Por "diseño universal" se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten"* (CDPD, 2006, Art. 2).

Más allá la CIF y la CDPD tienen funciones específicas diferentes (la CIF es una herramienta de valoración, la CDPD en una declaración de derechos), qué deciden definir y cómo hacerlo en un documento y en el otro nutren las distinciones entre los modelos biopsicosocial (de la primera) y social (de la segunda), así como el consecuente tratamiento de la temática.

ANEXO II: COMPONENTES METODOLÓGICOS

Metodología utilizada

- Entrevistas en profundidad a autoridades y referentes de entidades públicas (nacionales y departamentales) que brindan prestaciones a personas en situación de discapacidad.
- Entrevistas en profundidad a referentes de la sociedad civil organizada a través de la Alianza.
- Cuestionario sobre baremos, certificaciones, información de prestaciones. Este cuestionario se hizo en conjunto con Mariana Cabrera, ambas consultoras del eje de información, y se sumaron preguntas en torno a violencia basada en género para recabar información para el eje "Violencia, Género y Discapacidad, para respuesta y protección contra la violencia".
- Análisis de fuentes documentales nacionales e internacionales sobre baremos y certificación de discapacidad.
- Análisis de fuentes documentales internacionales sobre acceso a la información de prestaciones y servicios para personas en situación de discapacidad.

Período octubre 2018 - enero 2019

Se realizaron las siguientes técnicas, de forma tal de contar con un amplio espectro de información en torno a la temática.

Entrevistas en profundidad a referentes de entidades públicas:

- Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD): Entrevista realizada a Jacqueline Spencer (13/11/2018). (E1)
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS): Entrevista realizada a Magela Turné (13/11/2018). (E2)
- Banco de Previsión Social (BPS): Entrevista realizada a Mariela Lazo, Ana Clara Bousses y Alicia Echeverrigaray (15/11/2018). (E3)
- Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI): Entrevista realizada a Karen Van Rompay (15/11/2018). (E4)
- Ministerio de Desarrollo Social (Mides) - Dirección del Área de personas en situación de dependencia: Entrevista realizada a Soledad Rodríguez (15/11/2018). (E5)
- Banco de Seguros del Estado (BSE): Entrevista realizada a Vida Patiño e Ingrid Kasek (16/11/2018). (E6)
- Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) - Mesa Discapacidad: Entrevista colectiva realizada a Mercedes Methol (Área Integración), Soledad Pascual (Área Integración), Carmen Castellanos (Inspectora Educación Especial), tres Inspectoras Nacionales del Consejo de Educación Técnico Profesional (CETP), una coordinadora del Consejo de Formación en Educación (CFE). Entrevista realizada el 26/11/2018. (E7)
- Ministerio de Salud Pública (MSP): Entrevista realizada a Juan Lacuague y Agustín Acuña (26/11/2018). (E8)

- Administración Nacional de Educación Pública - CEIP Lavalleja: Entrevista realizada a Carolina Planells (26/11/2018). (E9)
- Banco de Previsión Social (BPS) - Lavalleja: Entrevista realizada a Juan José Rodríguez Gerente BPS - Lavalleja (28/11/2018). (E10)
- Banco de Previsión Social (BPS) - Área Médica: Entrevista realizada al Dr. Omar Acuña (29/11/2018). (E11)
- Intendencia Departamental de Canelones - Área Discapacidad: Entrevista realizada a Delia Bianchi (6/12/2018). (E12)
- UDAI Canelones - Banco de Previsión Social (BPS): Entrevista realizada a TS Daniela Ortiz (7/12/2018). (E13)
- Intendencia Departamental de Lavalleja - Dirección Familia y Mujer. Entrevista realizada a Adriana Baladan, Directora (10/12/2018). (E14)
- ASSE - Lavalleja: Entrevista realizada a Sabrina Curbelo (10/12/2018). (E15)
- Intendencia Departamental de Montevideo: Entrevista realizada a Federico Lezama y Tania Aguerrebere (13/12/2018). (E16)
- Banco de Previsión Social (BPS) - Área Discapacidad: Entrevista realizada a la Dra. Elizabeth Chaves y la TS Griselda Salvo (18/12/2018). (E17)
- Instituto Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU): Entrevista realizada a Marcelo Peleteiro y dos integrantes más del equipo (20/12/2018). (E18)
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) - Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis): Entrevista realizada a Begoña Grau y Macarena **…** (27/12/2018). (E19)
- Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP): Entrevista realizada a Mateo Berri (27/12/2018). (E20)
- Poder Judicial (PJ): Entrevista realizada a Rosario Vilas (Directora del ITF del Área Pericial) y Dra. Piquinela (27/12/2018). (E21)
- Centro Dr. Martínez Visca - Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP): Entrevista realizada a Rossina Machiñena (24/01/2019). (E22)
- Hospital de Clínicas - Equipo de Valoración de Discapacidad. Entrevista realizada a la Dra. Alicia Cuello. (01/02/2019). (E23)

Entrevistas en profundidad a referentes de la sociedad civil organizada:

- Centro de Rehabilitación Integral “Ibirá” - Lavalleja: Entrevista realizada a Carina Soria, Directora (6/12/2018). (E24)
- Unión Nacional de Ciegos del Uruguay (UNCU): Entrevista realizada a Gabriel Soto (4/12/2018). (E25)
- ProEduca: Entrevista realizada a Mercedes Viola (13/12/2018). (E26)
- Asociación de Sordos del Uruguay (ASUR): Se realizaron dos entrevistas colectivas, en las cuales participaron: Silvia Areosa, Micaela Chacón y Sergio Beheregaray (13/12/2018); Micaela Chacón, Sergio Beheregaray y joven sorda de Colombia (27/12/2018). (E27)
- Esclerosis Múltiple del Uruguay (EMUR): Entrevista realizada a Soledad Cibils (18/12/2018). (E28)

- Asamblea Instituyente Salud Mental: Entrevista realizada a Nelson De León (18/12/2018). (E29)
- Unión Nacional de Ciegos del Uruguay (UNCU): Entrevista realizada a Mauro Sghezzi (20/12/2018). (E30)
- Federación Uruguaya de Asociaciones de Padres de Personas con Discapacidad Intelectual (FUAP): Entrevista realizada a Richard Muiño (27/12/2018). (E31)

Entrevista solicitadas de las que no se obtuvo respuesta:

- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF): Se solicitó entrevista vía mail a referente encargado de exoneración de impuestos a autos para personas con discapacidad (17/12/2018 y 29/12/2018).
- Asociación Down del Uruguay: Se solicitó entrevista vía mail (17/12/2018 y 29/12/2018).
- Federación de Autismo del Uruguay: Se solicitó entrevista vía mail (17/12/2018 y 29/12/2018).
- Plenario Nacional de la Discapacidad (PLENADI): Se solicitó entrevista vía mail (17/12/2018 y 29/12/2018).

Cuestionario:

- Se distribuyó el cuestionario a nivel nacional a: intendencias municipales; comisiones departamentales honorarias de la discapacidad; oficinas territoriales del MIDES; oficinas regionales del BPS; Alianza; Universidad de la República (Departamento Universitario de Salud y Bienestar Universitario); Poder Judicial; Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medioambiente (MVOTMA); Banco de Seguros del Estado; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad (Procladis) de INEFOP; Ministerio de Educación y Cultura (MEC); Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Ministerio de Salud Pública (MSP); Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Se solicitó a quienes recibieron el cuestionario que lo difundieran a toda persona y/o institución que lo estimasen pertinente (Técnica “bola de nieve”).
- El mismo fue respondido por los servicios que siguen, fundamentalmente, desde el interior del país, a saber:
  - OTE MIDES Las Piedras - Canelones Eje Ruta 5
  - OTE MIDES Lavalleja
  - OTE MIDES Paysandú
  - OTE MIDES Río Negro
  - OTE MIDES Salto
  - OTE MIDES San José
  - OTE MIDES Soriano
  - División de Valoración y Apoyo - MIDES
  - Departamento de Rehabilitación - Hospital Banco de Seguros del Estado
  - Área Discapacidad y Rehabilitación - MSP
  - Región Oeste RAP-ASSE Canelones

- Centro de Rehabilitación Casa de Gardel - ASSE
- Área Discapacidad - Intendencia Departamental de Canelones
- Programa Capacidad Inclusiva / Programa SÍ / Espacio de orientación y consulta psico-social - Fundación Bensaudont-Laurent
- Discapacitados Independientes, Tercera Edad y otros - DITEC
- Asociación civil de apoyo a las personas afectadas con Esclerosis Múltiple - EMUR
- Atención y tratamiento a niños y jóvenes con autismo - Centro Libra
- Asociación Down de Maldonado
- Educación, Recreación, Derechos Humanos Canelones - Centro Cieenpre Juntos
- Interpretación en LSU-paseos guiados Canelones

Análisis de fuentes documentales:

- Baremos y/o certificaciones únicas de discapacidad a nivel internacional.
- Valoraciones utilizadas en Uruguay, según datos recabados y brindados por entrevistados/as.
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) - Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) - Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) - Organización de Naciones Unidas (ONU).
- Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH), Canadá.

ANEXO III: DISCURSOS RECABADOS DE LAS ENTREVISTAS

En este anexo se toman como referencia los contenidos trabajados en el punto III del documento, mediando su análisis con los discursos recabados en el trabajo de campo desde la arena política y la sociedad civil organizada. Los contenidos desarrollados en el cuerpo del texto fueron: baremo y certificación utilizados por los servicios, así como sistema de información a nivel nacional. Estos puntos se plantean, primero, desde los discursos de la arena política, y luego, desde la sociedad civil organizada. Ello para consensuar: baremo y certificación únicos en Uruguay, conformación de los equipos valoradores, sistema de información accesible, desde los discursos de la arena política y la sociedad civil organizada en conjunto.

Discursos desde la arena política

Servicios que utilizan baremos propios:

- *"El baremo que se utiliza en el BPS es uno propio, elaborado en el 2007 y aprobado en el 2013, el 306 del 2013. El año pasado se presentó una revisión de ese baremo, porque la ley exige la revisión periódica*. (…). *El baremo se utiliza sólo para las prestaciones de pensión o jubilación por incapacidad. Para otras ayudas que da el BPS no se aplica el baremo. Para otorgar otras prestaciones, la persona tiene que tener el derecho. ¿Quiénes tienen el derecho? Hijos de trabajadores activos, o que cobren asignación familiar. Entonces, el médico tratante establece un tratamiento de rehabilitación".* (E17)

- *"El baremo tiene un piso y tiene un techo. Va del 0 al 65%, es un algoritmo médico a partir de la patología e historia clínica. A partir de 66% se considera incapacidad. En el medio de esa cuantificación nosotros lo tipificamos en una incapacidad común o una incapacidad severa. Cualquiera de las dos generan derecho al cobro de una prestación de tipo mensual que sirve el Banco de Previsión Social. De cualquier manera tienen diferencias en el tratamiento, es decir, si hay una discapacidad severa no se analiza el entorno social, no se analizan las condiciones económicas, no se analizan los familiares obligados. En una común, que el baremo es menor, sí se analiza todo el entorno social, lo que es la vivienda, los familiares obligados, que montos perciben".* (E10)

- *"Es un baremo propio del BPS, creado en el BPS. (…). El BPS es el que tiene más historia en la aplicación del baremo. Además, tal vez las prestaciones más notorias que se dan en torno a ese baremo. Todavía no tenemos un baremo único a nivel nacional, pero sí a nivel de todo el BPS"*. (E3)

- *"Los equipos valoradores en la CNHD utilizan el baremo del IMSERSO, como Pronadis. Tenemos un formulario en donde están contempladas todas las limitaciones por áreas,*

el diagnóstico, y eso es lo que el médico tratante tiene que firmar y sellar. Con esa información médica es que nosotros podemos darle la hora para que pase al equipo de valoración que le corresponde". (E1)

- *"IMSERSO 2002, con algunas modificaciones. Toma cuestiones de la CIF"*. (E19)

- *"Para el baremo de dependencia se miró mucho el baremo español. Se hizo un diseño específico para el caso uruguayo y se elaboró de manera interinstitucional, entre el MIDES, el BPS, MTSS, y los organismos que formaban en ese momento la unidad insterinstitucional que empezó a abordar el tema de cuidados. Es un baremo distinto. Lo que hacen otros organismos es identificar la discapacidad. Esto no es una foto de la discapacidad, sino que en función de las necesidades de ayuda, de las frecuencias de ayuda, busca identificar el nivel de dependencia. Vos podes tener personas con discapacidad que no estén en situación de dependencia y el baremo no te va a dar nada allí. O personas que están en situación de dependencia y no por una discapacidad y eso sí te lo releva el baremo"*. (E5)

- *"(VP) Son tablas de valoración de origen francés, que se tomaron en una época determinada y que no se han cambiado. Hay un tema importante que tiene que ver con cómo se informa al final para darle el alta al paciente, porque el médico rehabilitador muchas veces tiene que ponerse en contacto con el equipo de Medicina Legal, porque todas aquellos déficit o discapacidades que no se ven no son evaluadas. Entonces, pasa que esa persona funcionalmente no está en condiciones de integrarse ni a la familia, ni al trabajo, y que aparentemente se mueve con normalidad, por lo menos dentro de determinados parámetros. El médico que no es capaz de detectar eso, porque no es su especialidad, no puede valorar eso que perdió. (IK) Es un baremo que mide la pérdida física y es para calcular la renta. Ese es el baremo de Medicina Legal. Lo estamos analizando para poder agregar la evaluación de discapacidad. (VP) O para medir capacidades, no sólo lo que perdió y qué tanto le queda".* (E6)

- *"(RV) Vienen del Área de Familia, tanto las tutelas como las curatelas. Tenes diferentes situaciones: situaciones de incapacidad, por ejemplo, de discapacidad, o capacidades diferentes como dicen muchos acá. Pero también hay muchas situaciones de adultos mayores. No es lo mismo evaluar una discapacidad que una incapacidad en términos de, por ejemplo, un proceso de deterioro neurológico por la edad. Si a vos te declaran incapaz sos incapaz para todo. Hay pérdida de la ciudadanía. Y, en realidad, se ven muchas situaciones en que la persona, por ejemplo, puede ser incapaz para tomar decisiones complejas como bienes, pero no para dirigir su cotidianeidad. Entonces, se está reuniendo un grupo de magistrados para plantear la nueva figura de incapacidad parcial. (Dra. P) Nosotros utilizamos el DSMV, y ponemos si es un retardo leve, moderado, severo, y cuando tienen una patología clara ya la pones. En caso de accidentes de tránsito de personas que quedan amputadas, por ejemplo, la valoración la hace Medicina Forense, no nosotros"*. (E21)

- *“Nosotros para evaluar la discapacidad normalmente lo que utilizamos es el índice de Barthel, sobretodo lo usamos para pacientes neurológicos que son los pacientes que tienen mayor nivel de discapacidad”*. (E15)

Servicios que utilizan baremos de otras instituciones:

- *“Lo que la Intendencia viene haciendo de un tiempo a esta parte es que si otro organismo del Estado valoró ya a la persona, la Intendencia lo toma como válido, no hace la valoración. Cuando no viene con otra prestación, pasa al servicio médico de la Intendencia”*. (E16)

- *“Se les pide que estén inscriptos en el MIDES en el registro de personas en situación de discapacidad para la inclusión de éstas en los servicios/prestaciones de la Intendencia”*. (E14)

- *“En el MTSS siempre se toman los baremos que trabajan las instituciones. En general, el Ministerio nunca sale en busca de algo, por lo general es reclamado a dar soluciones. Cuando es reclamado, lo que se hace es tomar el baremo de la institución que está reclamando su participación. Por lo general, son la CNHD, el MIDES, el BPS. Algo del MSP”*. (E2)

- *“(CC) Desde educación especial no pedimos diagnóstico, sino que se observa al niño en situación de discapacidad. Lo que se ve en su rendimiento, su trayectoria, su necesidad de apoyos, maestro de apoyo, en doble escolaridad. Antes estaba la Unidad de Diagnóstico Integral, pero ese lugar desapareció y se transformó en la UPIDE. No queremos patologizar con ningún nombre, incluso estamos pensando cómo hacer para cambiar otras nomenclaturas, pero es difícil. (Representante Consejo de Educación Secundaria) En Secundaria es completamente distinto. Cuando algún chico presenta dificultades, para poder hacerle una adecuación curricular, los docentes de las áreas instrumentales, que son lengua y matemáticas, hacen cada uno un informe, se llama a la familia, si la familia quiere y va, tiene que hacerle un diagnóstico privado, porque a nivel publico no hay o estar en ASSE años esperando. Es un diagnóstico psicopedagógico. Con ese diagnóstico vuelve al centro educativo, que dice, por lo general, cuáles son las dificultades, y en algunos casos traen una recomendación. (Referente área psicolingüística) Creo que le cargamos demasiado las pilas al diagnóstico. Un diagnóstico aquí y en el mundo entero es válido si está hecho con responsabildiad. Todo el mundo necesita saber por donde más o menos ir cuando no se está dentro de las normas. El tema no es el diagnóstico, sino lo que la educación está haciendo con el diagnóstico. El tema es saber qué hacer cuando hay gurisas y gurises que aprenden de manera diferente. Algunos están en el amplio espectro de la normalidad, o de lo que vamos a decir, con los métodos comunes. Pero hay otros, como por ejemplo los superdotados, que no están en ese espectro. Entonces ahí hay que saber qué hacer y estar formado. El foco, para mí, es la concepción de qué educación queremos o qué entendemos por inclusión. (CETP) Nosotros en UTU es por declaración*

verbal, por ejemplo cuando se requiere de intérprete de lengua de señas. Y eso porque se requiere de un recurso humano y hace al presupuesto". (E7)

- *"La discapacidad que nosotros podemos llegar a catalogar tiene que ver con discapacidad intelectual y eso se diagnostica a través de pruebas y tests psicológicos, básicamente la escala de Wechsler, que es lo que nosotros manejamos y con lo que se manejan también en el BPS. (…). Puntualmente en Lavalleja, desde salud pública, es una psicóloga la que se dedica a hacer las evaluaciones, después las otras que las hacen son las clínicas especializadas de atención que existan en Minas: una es Centro Ibirá y otra es CIAM, y las evaluaciones psicológicas también se hacen de forma particular".* (E9)

- *"Cuando un padre te pide un informe para renovar la pensión lo hacemos, pero notamos, por ejemplo, que no sé como manejan el baremo, es más médico me parece, porque quedan por fuera todas las otras influencias en la discapacidad. Es bien distinto el funcionamiento de un niño con discapacidad dependiendo el ambiente y el nivel socioeconómico en el que se encuentra".* (E23)

<u>Profesionales que realizan las valoraciones en las instituciones:</u>

- *"Depende de la persona que vayamos a valorar se forman los equipos. Tenemos médicos, psicomotricistas, psicólogos, trabajadores sociales. Según lo que se vaya a valorar se hace el equipo".* (E19)

- *"El baremo lo aplica un equipo de psicólogos, trabajadores sociales. Es gente que se capacita específicamente para la aplicación de la herramienta. Son equipos valoradores de Montevideo, que también viajan al interior".* (E5)

- *"Para el pase libre no se utiliza ningún baremo, es por criterio del médico de la intendencia. Se le pide a la persona que traiga sus diagnósticos médicos y los certifica el médico de acá. Es la única prestación que requiere una valoración, porque supone recursos directos. El resto de las actividades que se realizan no suponen una prestación individual a la persona".* (E16)

- *"Hay dos equipos de valoración que están funcionando actualmente. Uno, compuesto por un médico, un psicólogo y un trabajador social, que valoran todo tipo de discapacidades; y, otro, que es un psiquiatra y trabajador social, que el psiquiatra hace la doble función de médico, que valora relacionamiento".* (E1)

- *"(VP) Los técnicos que son el equipo base es: el médico rehabilitador, el médico internista, la psicóloga, un psiquiatra, terapista ocupacional y asistente social. Enfermería ocupa también un lugar muy importante. Este equipo hace un abordaje integral, al paciente y a su familia. Ese equipo trabaja previo al alta definitiva. Luego el paciente pasa a un servicio que se llama Medicina Legal. En ese departamento trabajan médicos que tienen que ver con el uso de tablas, que tienen sus años, y evalúan lo que perdió, no lo que quedó".* (E6)

- *"(Doctora Área Discapacidad) El baremo lo aplican los peritos médicos en el área de evaluación de incapacidad. Vienen con una certificación médica, se los valora, y de acuerdo al valor que tengan es que se determina la jubilación o no. Para la pensión, se puede tener una instancia sola, que es médica, o varias instancias de valoración, depende. En esa primera valoración, el médico perito puede determinar que de acuerdo a la patología que tiene la persona se requiere la consulta con algún especialista, o determinar como no se alcanza el mínimo requerido para obtener el beneficio se lo puede pasar a servicio social que evalúa cómo determina lo social en la incapacidad"*. (E17)

- *"La incidencia de la Asistente Social en las prestaciones que hay es mínima en el sentido que por lo general el tema médico lo indica. La Asistente Social en definitiva trabaja con nosotros todo el tema de soluciones habitacionales. El 90 % de las situaciones se deciden por parte de los médicos, el 10% por informes sociales"*. (E10)

- *"(RV) Las valoraciones las hacen médicos psiquiatras en Junta, siempre trabajan de a dos. Son pericias que se hacen en duplas. Para que una persona la declaren incapaz, para el Juez es condición sine qua non la opinión de la Junta Médica Psiquiátrica. Eso está por ley, por el Código General del Proceso del año 1989. En el caso de lo social, aparece cuando se declara una persona incapaz y el curador tiene que presentar las rendiciones de cuentas. (Dra. P) Nosotras hacemos las entrevistas clínicas, donde preguntamos fecha nacimiento, toda la etapa evolutiva y la etapa de escolaridad. Les pedimos que traigan todos los datos posibles, los informes de los médicos tratantes, la historia clínica. Ahí evaluamos qué tipo de discapacidad tiene, si es leve, moderada o severa. Y también evaluamos qué le permite ese tipo de discapacidad. Antes hacíamos incapacidades parciales pero se nos dijo que no, que hay que poner apto o no apto. Cuando se generan algunas dudas, más que nada en discapacidad intelectual, se le pide la valoración de un psicólogo. Pero eso es la excepción. Hacemos una valoración de incapacidad, no de discapacidad. En general acá vienen con los 18 años, con los más pequeños es la excepción".* (E21)

- *"Los informes los hacemos entre todos. Primero lo veo yo, después lo paso al resto del equipo y todos los lunes nos reunimos al mediodía para hacer la reunión de equipo. Entonces esos pacientes están siendo valorados por todo el equipo los conversamos. (…). No se hacen diagnósticos en cuanto a salud mental. La psicóloga médica que trabaja con nosotros, en realidad, lo que hace es más bien un apoyo a lo que es el tratamiento de rehabilitación, como para ayudar a adherir al tratamiento, al cumplimiento del tratamiento. No tratamos específicamente la parte de salud mental porque no tenemos horas suficientes de psicólogo como para que se dedique a eso. (…). En cuanto a lo social, trabajamos con la Asistente Social, sobretodo para trabajar en convenio con MIDES, a través del Centro Nacional de Ayudas Técnicas"*. (E15)

- *"Yo como psicóloga no hago evaluaciones, Primaria no hace evaluaciones, las evaluaciones se hacen en el sistema de salud, se deriva todo el sistema de salud. Lo*

que hace muchas veces la Escuela Especial es algún tipo de evaluación pedagógica, pero muy puntual, y no todos los maestros que trabajan en Escuela Especial están calificados como para hacer las evaluaciones. En general, es un maestro de la escuela el que hace las evaluaciones y mide las posibilidades de aprendizaje". (E9)

Utilidad de un baremo único:

- *"Tener un criterio único sería que el Estado uruguayo, en su conjunto, reconoce que hay una persona que tiene una discapacidad. Tiene una discapacidad, un tipo de discapacidad y un nivel de discapacidad. Eso, a priori, no tendría ninguna prestación asociada."* (E16)

- *"En otros países esto ya está resuelto. Es agarrar, pegar y copiar, porque eso ya está inventado. La gente de Argentina ya nos ofreció "cuando quieras la certificación vení que te la paso", basada en la CIF, ya tienen el baremo pronto, es solo copiar". En España, cuando tenéis la certificación de discapacidad, luego puede ser que te valoren la dependencia, que te den unos puntos más y ya está. Acá la cuestión es política, porque el instrumento lo tenemos. Con la resolución política, luego será tarea de los técnicos discutir cuál es el mejor instrumento".* (E19)

- *"Que hubiera un baremo único sería bueno, de eso no hay dudas. De hecho, es un punto que tenemos coincidencia con Pronadis. El baremo de dependencia mide cuestiones en sí misma, cosas de la situación al momento de la persona y que requieren de los servicios de cuidados"*. (E5)

- *"Para mi sería super favorable para todas las personas. Lo que pasa muchas veces es que al utilizar muchos criterios, se genera mucha confusión en las personas. Por ejemplo, BPS utiliza un criterio de darle a las personas portadoras de HIV una pensión por discapacidad, y en el caso de la CNHD, las valoraciones que se hacen para el Registro, la persona portadora de HIV es portadora de una enfermedad y, por tanto, no entra en el Registro Nacional. Está esa confusión entre enfermedad y discapacidad. Sumado a eso, a la persona portadora de HIV, la Intendencia le da el pase libre para facilitar que la persona vaya a hacer su tratamiento. Entonces, viene la persona y te discute que si en la Intendencia le dieron el pase libre, en el BPS la pensión, por qué entonces acá no se puede registrar"*. (E1)

- *"Estaría espectacular. Unificar criterios es lo mejor que te ayuda para trabajar en todo. En los servicios sería posible si a la hora de negociar ponen personas con ganas de participar en eso y lograrlo. Si el Sistema de Cuidados funcionó, es porque todos teníamos ganas de que algo saliera. Además no teníamos vicios anteriores porque se arrancaba de cero, todos poníamos el máximo de cabeza para poder crear algo"*. (E2)

- *"(SP) Hay algo de poder generar lenguajes comunes. A la interna de la ANEP no tenemos lenguajes comunes. Estamos haciendo intentos, nos estamos esforzando por hablar el mismo idioma. Pero, además, para dialogar con las otras instituciones. Porque*

estamos hablando de las mismas personas que tienen que demostrar, una y otra vez, ante diferentes instituciones, todo lo que no tienen. Porque la discapacidad está puesta en el "dis". Entonces, esto también atenta bastante contra la posibilidad de cambiar estas concepciones que identificamos dentro de la ANEP de trabajar sobre el déficit. Trabajemos en formas de enseñanza que son para todas y para todos. Entonces, hablar un lenguaje común y que la gente no tenga que estar demostrando una y otra vez los problemas que tiene en este mundo. Porque eso, además, re victimiza a la persona con discapacidad". (E7)

- *"(VP) Lo del baremo único me parece que podría ser posible siempre y cuando eso sea el resultado de un trabajo en equipo desde cada institución, de cada lugar donde se atienden estas personas y aporte a su realidad. Porque podemos tomar ejemplos, podemos tomar modelos, pero la realidad es la que siempre nos está ajustando a lo que vivimos y a lo que viven estos pacientes. (IK) A mi me parece razonable que haya un baremo solo. Cuando los pacientes dicen "a mi acá me dieron un 45% y eso no me alcanza para jubilar". Entonces, yo le digo que ese 45% es para la cantidad de dinero que le van a dar. Si se va a jubilar o no, no depende de nosotros, sino del BPS. A mi no me parece mal que haya un baremo único, el tema es que los criterios que se utilizan no son los mismos. Sería muy coherente, pero poco realista porque se buscan cosas distintas, se miden cosas distintas. Y pretender medir cosas distintas con la misma herramienta, en general, no da buenos resultados"*. (E6)

<u>Posibilidades de llevar adelante tal baremo único por parte del servicio:</u>

- *"Creo que sería muy grosero supeditar una política tan importante por que algunos profesionales hagan su tarea como la venían haciendo"*. (E16)

- *"El baremo es de dependencia. Más allá del diagnóstico que puedas tener de discapacidad, cada persona va a ser diferente en el nivel de ayuda que necesite y demás. Si bien veo que puede contribuir (el baremo único de discapacidad), no lo veo ahora"*. (E5)

- *"(VP) En general, las evaluaciones están destinadas a justificar recursos. En nuestro caso es la renta. Nosotros trabajamos con personas que estaban sanas hasta el momento del accidente, y la situación es completamente diferente a otras personas que padecen enfermedades que desencadenan la deficiencia y la discapacidad. (IK) Es real que nuestro baremo sólo mide el cálculo para la renta. Hay que pensar qué es lo qué se quiere medir y para qué. (…). Quizá hay instituciones que se pueden unificar, como BPS, MIDES, pero otras no"*. (E6)

<u>Certificación que se expide de los distintos servicios:</u>

- *"Hay que tener en cuenta que las pensiones por invalidez no se hacen sólo para situaciones de discapacidad. Están, por ejemplo, las enfermedades cardíacas, cáncer,*

HIV. Esas personas no son personas con discapacidad pero sí les corresponde la certificación de la incapacidad laboral". (E3)

- *"Si tenes una incapacidad menor al 50% no genera derecho de incapacidad para el trabajo. Si tenes una incapacidad entre 50 y 65%, para el caso de los trabajadores activos, le genera el derecho a una incapacidad transitoria, que es por 3 años. Si tenes una incapacidad superior al 66% te genera el derecho para una incapacidad definitiva. Eso es para las jubilaciones. Para las pensiones por invalidez, esa variedad de rangos es más estricta. Se requiere un 66% o más de incapacidad. También, cuando se otorga una pensión por invalidez puede ser definitiva, sin revisión, o también dependiendo de la patología de la persona puede determinarse que se le da el 66% o más de incapacidad pero el servicio médico determina que tenga una revisión. En la infancia, el criterio médico es: a los tres años o hasta el ingreso de la edad escolar, después a la finalización de la edad escolar, a los 12, y luego a los 18. A los 18 siempre tiene que haber una revisión, porque ahí se van a determinar varias cosas: que devenga en definitiva, que le determines una curatela. Las reevaluaciones van a ser determinadas por servicio médico y van a estar muy ligadas a las patologías"*. (E17)

- *"El certificado no dice absolutamente nada más que dejar constancia que la persona está inscripta en un Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Eso es la constancia que emitimos cada vez que una persona ingresa al sistema informático. Este certificado, como lo establece la ley, se utiliza para los llamados laborales, pero sabemos que se ha extendido su uso, incluso en el ámbito privado. Para dar el certificado se requiere un 33%. Si la persona con la limitación del área médica llega a un 25%, se empiezan allí a valorar los parámetros sociales"*. (E1)

<u>Utilidad de una certificación única:</u>

- *"Tenemos una ley de discapacidad que estableció una comisión que esté integrada por MSP, Mides y BPS, que tendría que resolver y tomar postura con respecto a la certificación única nacional"*. (E3)

- *"A mi me sorprende mucho que alguien en este país sostenga que no es posible o necesario tener una certificación única. No hay una conducción en la discapacidad que haya incorporado este tema en la agenda. Sería suficiente con solamente priorizar este punto e incorporarlo en las agendas de definición, desde el gabinete de la República hasta los elaboradores de políticas públicas. Puede que alguien no tenga ganas porque piense que esto va a afectar".* (E16)

- *"Hay como dos posturas. Una que quiere la certificación única, por supuesto, porque tiene que existir una certificación única. La otra, que la gente dice que no quiere que sea obligatoria la certificación. Cuando tu salís al exterior, en el mundo esto ya lo tienen muy avanzado"*. (E19)

- *"(IK) Creo que no hay peor empresa que la que no se inicia, pero es un trabajo! De todas maneras, yo no creo que en el mundo esté unificado con los seguros. Prestaciones sociales sí, pero seguros no".* (E6)

<u>Cómo están llegando las personas interesadas a la de información:</u>

- "*En general, las prestaciones están muy desorganizadas porque están pensadas desde la perspectiva de la institución, de lo que la institución puede hacer por las personas con discapacidad. No desde la perspectiva de la persona y sus necesidades, de las discapacidades y de las barreras que eso supone. Eso ya de pique condiciona para poder pensar la información disponible, porque cada persona debe identificar las prestaciones que hay, si le sirven o no le sirven, si accede o no accede. La información disponible de hoy lo que hacen es reproducir esa información fragmentada. Las personas con discapacidad, cuando organizan su vida, no solamente tienen derecho a acceder a las prestaciones específicas de discapacidad, sino de acceder a las del conjunto. Y eso no está presentado de manera ordenada. Con los instrumentos que hay hoy debería ser fácil de resolverlo".* (E16)

- *"Tenemos una página en Facebook de la Intendencia y ahí se van subiendo todas las actividades. Siempre lo que es tema de discapacidad desde la Intendencia siempre se ha colaborado y siempre se apoyan todas las actividades".* (E14)

- *"Por múltiples vías. Una de las cuestiones que se nos instala a partir del Sistema y del cuidado como un derecho, es que para que las personas puedan exigir ese derecho la información les tiene que llegar. La comunicación es uno de los componentes del Sistema, se ha trabajado intensamente en la difusión de esos temas para que llegue a todas las personas. Ahora estamos haciendo la tercera gira nacional del Sistema de Cuidados. También, al tener el Sistema una conformación interinstitucional, trabajamos en hacer llegar la información a quienes son ventanilla de contacto con la población. Entonces, todo lo que es BPS, MTSS, Centros MEC, además de las oficinas MIDES, se ha trabajado la información del Sistema. Todo lo que es prensa de manera más central, pero también apoyamos las iniciativas que se generen a nivel de prensa local. Campañas en redes, también lo que tiene que ver con folletería. Este año implementamos, por primera vez, lo que es "el mes de los cuidados", que es en abril. Un esfuerzo intenso del Sistema. De hecho, fue la primera vez que se utilizó algo que preveía la Ley de Medios, que es poder pautar en los distintos medios de comunicación de manera gratuita. Y eso se utilizó para difundir el Sistema. Otra cosa que buscamos hacer es que se conozcan los servicios desde el lado de los propios usuarios. Entonces, se intentan identificar historias y situaciones, las cuales usamos en spots que circulan por redes. Eso se utiliza bastante porque la gente se termina identificando con el que te lo cuenta".* (E5)

- *"En realidad tenemos una folletería que hicimos y cada vez que viene alguien le damos el folleto. Y también por las redes sociales: Facebook y sitio web de la Comisión. Pero me parece que la CNHD no es muy visible. Convengamos que la CNHD gira en la órbita*

del MIDES, quien preside es MIDES, y MIDES ya tiene un Programa Nacional de Discapacidad. Se genera mucha confusión, fundamentalmente en las Comisiones Departamentales. Pronadis tiene referentes por departamentos que participan de las Comisiones Departamentales, y como nosotros giramos "en la órbita de", la gente cree que el Programa Nacional de Discapacidad y la Comisión Honoraria de la Discapacidad son la misma cosa. Muchas veces, gestiones que tienen que hacer a nivel de la CNHD, las hacen en Pronadis". (E1)

- *"A los usuario se les informa mediante las consultas médicas que los deriva, pero no hay pero no un sistema de promoción".* (E15)

- *"Hay poco conocimiento, y en este último período ha habido una difusión mayor porque tenemos tres proyectos en marcha. Y eso ha permitido difundir porque se han abierto los equipos. Entonces, han entrado a participar diferentes integrantes, y eso ha ayudado a la difusión de esta prestación, que no la conocen ni asegurados, ni las empresas, salvo cuando tienen un operario en situación de certificación. Las agencias y sucursales conocen la parte administrativa, pero no las prestaciones que hay en cuanto a los accidentes"*. (E6)

<u>Servicios de información en discapacidad para las proyecciones institucionales y estatales:</u>

- *"Tenemos el SMART, que es el sistema de información del MIDES, en el cual yo entro con una cédula y me sale: Juancito Pérez, por ejemplo, está registrado en la CNHD, cobra pensión por discapacidad, vive en tal lugar, lo puedo georreferenciar. Este sistema tiene su base en Identificación Civil, la base del BPS. Entonces, cuando entro sé: cómo se llama la persona, dónde vive, si está intervenido por el MIDES la tengo georreferenciada, composición del hogar porque BPS me lo pasa, cuando entro en datos de discapacidad ahí puedo saber qué tipo de discapacidad tiene, si está atendido, etc. Si, además, lo cruzo con el SIAS, puedo saber si está en salud pública, si cobra pensión, si fue a escuela especial, si está intervenido por el INAU. Cualquier organismo tiene derecho de entrar al SIAS, si lo pide"*. (E19)

- *"(LG) Yo tengo que proyectar cuántos van a entrar, de qué manera. El presupuesto es quinquenal. Porque no es lo mismo contratar un intérprete de lengua de señas que reparar una máquina de braille. Yo no puedo decir "la discapacidad". Yo creo que tenemos que identificar, pero pasa que no queremos poner en el formulario "discapacidad", pero ponemos. ¿Por qué? Porque el término construye, y la Convención lo define como discapacidad. El problema es que cuando uno piensa en, por ejemplo, qué sistema de apoyos y me preguntas si se ponen en todos los centros educativos, te voy a decir que no. Porque no es lo mismo que lo ponga en la UTU de Colón que tengo más de cien gurises identificados con discapacidad, a que lo ponga en un centro donde sólo hay uno. No es lo mismo. Sí necesito identificar, pero para saber qué recursos se traen al centro educativo"*. (E7)

- *“Sobre todo en lo ya construido, en lo físico y en los procedimientos, tiene que modificarlos en función de las necesidades. En un prestador de salud, tantas personas que tienen discapacidad motriz, que acceden a determinada policlínica, o están en determinado radio, o necesitan determinado transporte, esa policlínica debería poder adecuar sus instalaciones. La información te permite generar propuestas que sean acordes a las necesidades. Desde una perspectiva de derechos abstracta, todo prestador de salud tiene que tener intérprete de LSU para cubrir las necesidades. Pero no sé cuantos. Entonces podría llegar a estar invirtiendo más de los que necesito en un lugar y menos de los que necesito en otro. Es un tema de mínimo orden. Pero al no contar con la información no puedo tomar una definición, como no puedo tomar una definición no avanzo siquiera un poco en la mejora de los servicios. Porque no es solamente la constatación de la discapacidad, su tipo y nivel de discapacidad, sino sus necesidades”*. (E16)

Discursos desde la sociedad civil organizada

<u>Baremo único en el país:</u>

- *“Baremo único te sirve para todas las dependencias, así no tenes que ser veces evaluado varias veces”*. (E25)

- *“(SB) Por ejemplo, para el pase libre de la Intendencia tuve que presentar certificado médico la primera vez que lo saqué. (MC) Yo al tener una discapacidad motriz es más fácil, porque se ve. La sordera no se ve. Para el pase libre, también lo médico me lo piden para lo motriz, no por la sordera. Quizá a veces me piden audiograma. (SA) Por ejemplo, una situación que pasó hace unos seis años. Una nena la diagnosticaron con sordera profunda y a los 3 años le dieron la pensión. A los 4 años hacen la revisión, le mantienen la pensión, y además dice “discapacidad severa”. A los 8 años le vuelven a hacer la revisión y se la sacan. La madre hizo de todo, hasta con abogado, y no hubo resultado. La cosa final fue: la niña está rehabilitada porque va a la escuela de sordos. Eso es un antecedente grave, que se confunda la escuela de sordos con rehabilitación. (MC) Pasan cosas raras. Hay sordos que están en situación económica complicada y no tienen la pensión; hay otros sordos que están mejor económicamente y sí tienen la pensión. Eso es contradictorio. Tendría que haber un único criterio. (SA) Eso ocurre mucho en la comunidad sorda. Hay gente valorada de la misma manera y a algunos se la dan y a otros no. Ven si la persona puede hablar oralmente, entonces la situación no es la misma. Es una cosa como muy personal. (MC) En el interior es más por amiguismo, se manejan más así. En San José, por ejemplo, hay una persona que está en una situación como la mía, en una doble condición, su familia está muy bien económicamente y tiene la pensión. Y hay otras familias en Montevideo que son pobres, que se sacrifican, y no se las dan”*. (E27)

Certificación única de discapacidad:

- *"(MC) Esta filosofía que sigue siendo tan audista, tan centrada en la parte auditiva, no permite que haya más conocimiento, que se estudie al ser humano integralmente. Por eso hay tanto desnivel y confusión y es difícil entender lo de la certificación"*. (E27)

- "Si uno se evalúa en cualquier parte y te da tal baremo, tiene el certificado". (E25)

Cómo se accede a la información de las distintas instituciones:

- *"(MC) Yo lucho, me manejo, busco la información y busco acceder. Ahora con los celulares es mucho más fácil, pero imagínate hace unos años. Pero, yo creo que en general, a la persona le falta un poco de iniciativa de ir a buscar, es también por la falta de acceso a la educación. Es todo como una cadena. En mi trabajo, por ejemplo, los sordos vienen a preguntarme cosas que yo las doy por hecho, que pienso que deberían ellos saberlos, pero me doy cuenta que no. Por ejemplo, cómo hacer el trámite en la CNHD, cómo acceder a la pensión, todas esas cosas. La mayoría sobre la pensión, eso es lo que más me preguntan. En la comunidad sorda hay mucha confusión por la pensión, que es por invalidez. Pero también por otras prestaciones. Los sordos a veces firman cosas que no saben"*. (E27)

- *"Está costando que llegue la información. Por varias razones. Una, porque la organización está diseminada en diferentes ámbitos y no está actualizada la información. Eso provoca problemas. A veces, van apareciendo determinados servicios y no se sabe, lo que también provoca distorsión. Y otra, porque. Muchas veces las personas con discapacidad no saben buscar, cómo consultar la información y se quedan con lo primero que le comentan. Yo no sé si la información está mal hecha, pero no se está accediendo. También las organizaciones tenemos un poco de responsabilidad porque no sabemos difundir, no estamos al tanto de toda la información. Hace unos años Pronadis hizo una guía, pero no es de uso corriente. (…). En el interior no se sabe casi nada. Y menos aún que se está desde el modelo social de la discapacidad, no saben que uno es sujeto de derechos y que no debes esperar a que te venga todo de arriba"*. (E25)

Propuestas surgidas

Generación de un tipo de baremo y certificación únicos en el Uruguay:

- *"Hay que ir hacia el baremo único y la certificación única, y también hacia la conceptualización de la discapacidad. Más allá de su concepción teórica, tiene una práctica en la vida concreta. En la organización del Estado, y sobre todo en las prestaciones, a diferencia de cualquier otro colectivo que tiene prestaciones, que por tema de autopercepción, en el caso de la discapacidad es una categoría construida que el Estado la ha definido de manera diferente. No hay una concepción única de*

discapacidad en el Estado. Eso expresa una contradicción porque hace que el ciudadano o la ciudadana tenga muchos Estados. Tampoco permite pensar políticas generales. Nosotros creemos que tiene que haber un criterio, a partir de ese criterio que se construya un baremo único, que esté en consonancia con las concepciones que hemos saldado a través de la legislación o a través de la Convención. Y luego, para la organización de las prestaciones, lo más eficiente sería la creación de una certificación única. De manera que luego cada organismo pudiera organizar sus prestaciones en función de los criterios que estén de acuerdo al derecho, pero que también que estén de acuerdo a las posibilidades que tenga cada organización de realizar." (E16)

- *"Para mi es una cosa tan simple. El baremo existe, está la CIF. Equipos que sepan valorar, también existen. El BPS tiene muy buena experiencia. El BPS sabe valorar, el MIDES sabe valorar, MSP sabe valorar, y hay oficinas de estos organismos en todo el país. O, por ejemplo, en cada uno de los departamentos abro una oficina de valoración con alguien del BPS, del MIDES, del MSP, armas un equipo interdisciplinario y listo. Porque, además, la ley lo dice, que tiene que ser en conjunto con MSP, MIDES. Armas un equipo de estos en cada departamento y queda resuelto el tema de la valoración. (…). Entonces, cada organismo determina a partir de qué porcentaje da sus prestaciones. Por ejemplo, yo soy BPS, determino que mis prestaciones las voy a dar a partir del 80%, yo soy BSE las doy a partir del 45%, yo soy Intendencia las doy a partir del 33%. Lo que tiene que hacer cada organismo es determinar con qué grado va a otorgar sus prestaciones. No importa quién haya hecho el baremo, se hace la certificación única en papel oficial. Podría ser en un INADIS".* (E19)

- *"(CES) Es difícil hacer un baremo y una certificación única. Hay que ampararse siempre en lo que tiene que ver con el derecho, y la persona como sujeto de derechos. Toda unidad de medida que se tome tiene que estar con el ojo puesto en la protección de derechos de la persona como ser integral. Si no partimos desde ahí va a ser una lucha entre el BPS, porque es el que paga más prestaciones, lo que le conviene a la mutualista porque recibe tanta dinero. Tiene que estar en el comienzo del marco, como para llegar a un lugar común o neutral encuadrado en algo que para este país rija. Y este país tiene un marco jurídico nacional e internacional que es la protección del derecho a la persona. (LG) El baremo tendría que ser para saber qué recursos le doy a la persona, porque es el piso que sostiene. El problema es que hoy estamos haciendo el techo, no la red que sostiene y que se mueve con el sistema y atraviesa la institucionalidad. (…). Es fundamental tomar en cuenta lo personal, lo subjetivo para el diagnóstico. Porque las condiciones cambian según las personas, más allá el diagnóstico sea el mismo. (SP) Un baremo único va a tener una concepción atrás, por lo que tendría que ser un baremo que hablara muchos lenguajes. Que todas las instituciones pudieran traducir a su propio lenguaje eso que es el baremo. Porque un diagnóstico de cualquier orden, o una percepción sobre una situación no es lo mismo desde la pedagogía, la psicología, la medicina. Entonces, pensar en un baremo único, en una forma de hablar común".* (E7)

- *“Hay una forma interesante que es la que se utilizó para el dinero electrónico. Es una forma de base compartida. Vos tenes n bases y, a través de los procedimientos de los distintos servicios con sus distintas características, se van cargando a esas bases compartidas donde, BPS cargó x cosa, Mides otra x cosa, etc., y todo eso va alimentando la base de datos general. Se va cargando lo propio de cada organismo, según lo que surja de ir al BPS, a ASSE, etc. a partir de las evaluaciones determinadas por cada servicio. (…). Este sistema lo que te permite es que vos vas generando distintas bases que se cargan hacia una base común a partir de convenios que se hagan. Porque como el BPS tiene la base más médica evalúa x cosas de las variables de salud, el Mides evalúa las de orden psicosocial, y así sucesivamente. Entonces viene la persona al BPS, por ejemplo, que sería su primera interacción y se le cargan sus variables médicas, y luego va al Mides y se le cargan otras variables no médicas, etc. Y así se va componiendo el baremo hacia una certificación. La persona quizá fue a más de un lugar, pero la valoración se termina generando por el conjunto de entrevistas que se tuvo con profesionales de distintos servicios. Para todo esto, es sustancial que todos los servicios usen el mismo baremo, con las mismas variables, y como la información se va a ir cargando a una base común todos lo ven. La tecnología muchas veces ayuda a romper con las barreras de lo hago yo, lo haces vos. Lo hacemos los dos y dejamos de hablar si es mío o es tuyo. Y esta base crece en la medida que se vayan logrando convenios con más servicios que dan prestaciones en discapacidad. Y estos convenios te permiten definir cuánto mira cada uno de la información que se sube a la base. Esto también sirve para servicios que no hacen valoraciones pero sí dan prestaciones y que hoy día toman las certificaciones del BPS, o Mides, o MSP, o la que sea. AGESIC sería sustancial en esta tarea”*. (E3)

- *“Habría que crear un baremo diferente. Los baremos que existen dependen del fin que tengas. Nosotros es con el fin de otorgar una prestación, BSE es otro, PJ es otro. Capaz que habría que pensar uno diferente con el criterio de la discapacidad. Que pueda tomar los elementos de todos pero que sea diferente. La mirada de la discapacidad es superior, abarca más que la incapacidad. No todas las personas con discapacidad tienen incapacidad laboral”*. (E17)

- *“(IK) Un baremo único, como el de la CIF, si uno lo mira es un baremo muy bueno, el tema es que es demasiado ambicioso para nuestra realidad. Yo no sé en el Uruguay cuántas experiencias hay de aplicación de CIF real. Real te estoy diciendo, no teórico. (VP) Pero tendría que, además, tener el complemento de algunas particularidades de cada institución, porque creo que se puede elaborar un baremo único, con características generales, pero cada institución, para la prestación que da, tiene que tener cosas medibles. Hoy, la realidad que tenemos es la misma que en rehabilitación: respuestas aisladas, fragmentarias, gente que hace cosas y no monitorea. Como acá, que se aplican las tablas, y nunca llegamos realmente a analizar y tenemos que trabajar ese tema, pienso que es una realidad generalizada”.* (E6)

- *"La persona tiene el derecho de valorarse o no. No está obligada a valorarse. Lo hace porque es la forma de acceder a las prestaciones que le permiten mejorar las condiciones de vida. Es una forma para que el Estado unifique el reconocimiento y pueda además planificar las prestaciones en función de las necesidades de las personas que te lo brinda una valoración única. Si uno valora de manera distinta va a identificar necesidades distintas. (…). Yo insisto, la persona no está obligada a certificarse, tiene el derecho a decir "yo no quiero esta etiqueta". Pero, ¿cómo hace el Estado, sino, para organizar sus prestaciones específicas?".* (E16)

- *"Tiene que haber un papel que diga certificación única de discapacidad, baremo, por ejemplo, 50%, y que cada institución vea. (…). Es toda una cuestión política, desde ahí se resuelve este tema, igual que lo del INADIS"*. (E25)

<u>Conformación de los equipos de valoración:</u>

- *"Uruguay tiene una cantidad de recursos disponibles que podría tomarlos para poder implementarlo, desde los servicios de salud que ya tienen estos profesionales trabajando. Sólo habría que capacitarlos y otorgarles esa tarea, podría también crear equipos que no estuvieran necesariamente en los servicios de salud, como pueden ser las intendencias, el propio MIDES. No desconocer las capacidades existentes, lo que sí tendrían todos que aplicar el mismo instrumento. Y la certificación de esa valoración, sí tendría que estar unificada para darle homogeneidad de criterio"*. (E16)

- *"Para que todo esto funcione tiene que haber equipos muy capacitados, muy objetivos, interdisciplinarios"*. (E17)

- "*La parte médica tiene que preocuparse de prevenir que no se produzcan situaciones de salud que luego lo discapaciten, pero solo eso, lo demás es interdisciplinario"*. (E25)

- *"Equipos multidisciplinarios e interinstitucionales. Hay que pensar en una construcción con lo que tenemos en cada departamento. Por ejemplo, "yo tengo trabajador social", "tu tenes médico", y se arma un equipo. Y te armas un equipo fijo y luego sumas otras especializaciones según la situación de la persona. Por ejemplo, se llama a fisiatra, a médico psiquiatra, etc. (…). Entonces, cuando tengas determinado el instrumento a utilizar, llamas a capacitar por ejemplo al equipo de Argentina. Son cursos cortitos que nosotros ya hicimos online. Manejar la CIF no es complejo, se hace el curso online y luego a nivel territorial se hace el ajuste que se tenga que hacer"*. (E19)

- *"Lo multidisciplinario ayuda mucho. Primero todas las sociales, los economistas mirando la parte del dinero viendo a quien le pertenece y no le pertenece. Todos podemos estar trabajando en ello, Pero tienen que haber varios y con visiones diferentes"*. (E2)

- *"(Dra. P) Para nosotros es algo muy mecanizado, la Junta Médica hacemos todo, pero no me imagino haciendo las valoraciones interdisciplinarias. Quizá en otro contexto sí. (RV) El texto de la ley puede ser muy bueno, pero a la hora de la aplicación es imposible. Por ejemplo, el PJ no tiene recursos técnicos. Y no pensemos sólo en*

Montevideo, que más o menos se puede solucionar mejor. En el interior, con suerte, tenemos un técnico por departamento, para todas las materias. Ahora hay cinco departamentos del país que no tienen psiquiatra, entonces tienen que venir a Montevideo, y de ahí que veamos la enorme cantidad de inasistencia de las personas a las pericias. Es tu trámite, es tu responsabilidad. Entonces, en lo ideal, puede ser bárbaro un equipo multidisciplinario, pero en la práctica sabes que si eso llegara a ser, no hay manera de implementarlo y de sostenerlo, lo que termina siendo un boomerang para las personas". (E21)

<u>Institución que podría llevar adelante el baremo y certificación únicos:</u>

- *"La certificación tiene que ser de un organismo. Puede ser el Instituto Nacional de la Discapacidad, si se crea. Puede ser el Ministerio de Salud Pública, puede ser el MIDES. No me centraría tanto en buscar quien lo haga. Lo que sí, quien lo haga, no puede estar asociado a las prestaciones, o por lo menos a las prestaciones más importantes. (…). Cada dependencia establecerá qué prestación y para quién. Esto no es en función del criterio del organismo, sino que es en función del derecho. Hay una cosa que es muy importante que es la independencia de criterio en la aplicación del baremo, que no esté asociado a la prestación y el que presta no sea la misma que valore, porque puede haber una circunstancia en la que la institución termina siendo juez y parte, valora en función de la caja que pueda tener. Esa independencia también es un elemento de garantía del derecho de la persona"*. (E16)

- *"Lo tiene que hacer un órgano independiente de cualquier institución. Eso primero que nada. La sociedad civil queremos que eso quede planteado. Tiene que ser un órgano independiente del MIDES, del BPS, de la Intendencia. Lo ubicaría en Pronadis, que más adelante va a ser INADIS. Dentro de lo que es el INADIS tendría que estar ahí el órgano que evalúe la discapacidad. Si el INADIS queda por fuera del MIDES sería más autónomo"*. (E25)

- *"La ley lo dice con claridad: certificara la discapacidad tal, con tal, con tal. El único inconveniente que tuvimos en su momento fue con el Art. 38 que el BPS no lo aprobó. Ahora le hicimos una modificación a ese Art. 38 y está en revisión y parece que el BPS la aceptó. Porque, la certificación, tal como está redactado el Art. 38, impactaba en la seguridad social, en el BPS. Entonces, será un equipo que dependa de tres ministerios. Acá lo importante es ponerse de acuerdo con el instrumento, luego quien lo haga no importa. ¿BPS lo puede hacer porque tiene oficinas en todo el país? Fantástico, que lo haga BPS. Si lo quiere hacer el MSP, fantástico"*. (E19)

- *"(Referente Trabajo Social) MSP seguro que no, porque pesa mucho lo médico. Pensaría en el MIDES o en el BPS. Pero sería difícil. Porque, por ejemplo, si lo centralizas en el BPS, excede las funciones del BPS. También podría ser la CNHD, más allá que ahora esté en una etapa de transición. Sería el lugar ideal, porque están todos los organismos públicos y toda la sociedad civil organizada. Sería el lugar éticamente más adecuado en cuanto a transparencia. Si saliera de un INADIS, me parece que sería*

mucho más conflictivo que si saliera de la CNHD, salvo ese INADIS no dependiera del MIDES". (E17)

- *"(SA) Creo que el responsable tendría que ser el MIDES, no como está ahora, el Pronadis no, sino con la creación del Instituto Nacional de la Discapacidad. Porque si lo hace el MSP, por ejemplo, corremos el riesgo de seguir anclados en el modelo médico rehabilitador. Si lo hace el BPS, corremos riesgos parecidos. Desde las instituciones de la Alianza estamos pidiendo que el INADIS dependa de Presidencia".* (E27)

- *"Mides, BPS y MSP, por las jerarquías e incidencias que tienen en la discapacidad, deberían tener algún acuerdo o alguna forma única de certificación interdisciplinaria. Sería el mismo criterio de valoración y que cada servicio ponga los porcentajes para certificar la discapacidad y generar las prestaciones"*. (E3)

- *"Esto es bien organizacional. Hay cosas que funcionan muy bien descentralizadas, y cosas que funcionan muy bien centralizadas. El baremo único sería centralizado, y necesita un líder. De naturaleza quizá sería el MIDES, pero más con la lógica del Sistema de Cuidados, con la comisión asesora interinstitucional".* (E2)

<u>Acceso a la información por parte de las personas con discapacidad:</u>

- *"Cuando yo tomé la dirección, el CENATT recibía 30 peticiones mensuales, hoy recibe 400 mensuales. Todo el mundo lo conoce. Se hizo un trabajo muy fuerte de difusión, fuimos a todos los departamentos, por todos los lugares, entonces la gente sabe lo que es. Y te lo deriva el médico de cada lugar, por ejemplo, la directora de la escuela. Además, muchas de las prestaciones nuestras se piden online y las mandamos por correo a la puerta de la casa de la persona, en una caja con un Stiker que dice "Esta ayuda técnica te llega porque ha sido embalada por adolescentes del INISA""*. (E19)

- *"(MC) Videos en lengua de señas. Hay que adaptar mucho todo para que se llegue a la universalidad. (SA) Textos de lectura fácil, no solamente para la comunidad sorda sino para otras discapacidades también. Toda la información que se dé tendría que tener las cuestiones de accesibilidad previstas. Que sea accesible para ciegos, para sordos, etc. (SB) Aplicaciones en el celular, audiodescripción, subtitulados, textos de lectura fácil. (MC) No conocemos esa guía que nos decís de Mides".* (E27)

<u>Cómo generar un sistema de información único:</u>

- *"Perfectamente podes agarrar el conjunto de prestaciones, yo tengo un usuario, y voy poniendo mis características que definen mi categoría. En función de eso cada prestación se me despeja y me quedan las que me sirven. Para eso hay que tener un buen ingreso de la información de cada una de las prestaciones, que no son sólo las de discapacidad, sino las del conjunto del Estado. El problema de fondo es crear prestaciones, diseñarlas en función de las necesidades. Por más que vos ordenes mejor, no vas a cubrir necesariamente todas las necesidades. Y ahí están las políticas. Las necesidades se construyen en base al dato, y el dato se construye en base a las*

valoraciones y la certificación. (…). Simplificaría, también, los instrumentos de gestión de la información. Creo que, después, hay un elemento que no está directamente relacionado con la valoración y la certificación, que tiene que ver con el diseño, de la transversalización de la perspectiva de la discapacidad en las políticas públicas, que debería basarse en esa fuente de datos. Serían datos confiables, cosa que hoy no existe, porque el dato es, principalmente, a través del censo que es por percepción. Y los datos que hay en las distintas instituciones, a través de valoraciones, son con criterios distintos." (E16)

- *"Igual que nosotros podemos ver ahora si las personas tienen pensión o no, y si es severo o no, supongo que, en el caso hipotético que haya una certificación única, se carga y cualquier organismo lo puede ver. Es lo mismo que si está registrado en la CNHD, entran y ven si está o no está. Es un tema de qué información cargamos. Se están haciendo los sistemas de información de tal manera que se pueda conversar entre ellos, sino no sirve de nada que tengamos sistemas de información si después no pueden conversar"*. (E19)

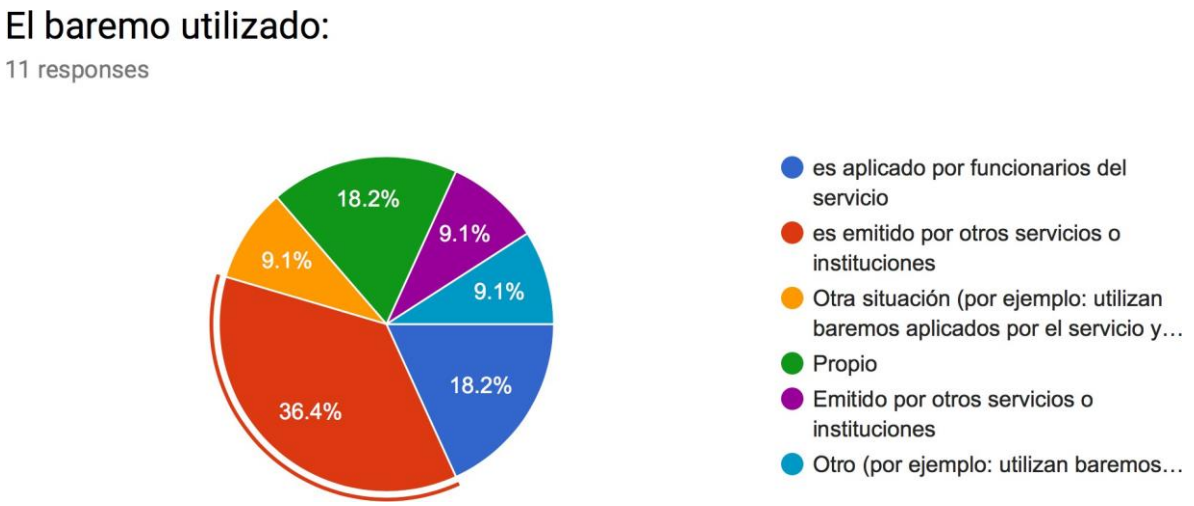
- *"Creo que hacia ahí vamos como país. Estamos tratando de generar un sistema de información lo más integrado posible como para facilitarle los trámites a las personas. En ese sentido, creo que podría ser un camino a recorrer que estuviera dentro de un sistema y que esa información, aunque parcializada en función de quién la visualizaría, podría ser de recibo para, por ejemplo, si alguien va a solicitar los boletos en la intendencia se le solicita el certificado de discapacidad, la persona va con la cédula a la intendencia y ahí se fijan en la base de datos. No se le pide a la persona que venga con todos los papeles ni con nada. Incluso, lo que son los trámites electrónicos, también podría incorporarse para facilitar también al ciudadano el ejercicio de su derecho. Creo que hay que entender que hay que superar una lógica de intentar que la persona se esfuerzo yendo a determinados lugares para ganarse, de alguna manera, la prestación. Como una carrera de postas. Con los mecanismos de información que hoy tenemos, creo que sería mucho más sencillo, incluso los mecanismos de control interno"*. (E16)

- *"(RV) Parto de la base que el Poder Judicial no otorga prestaciones, no instrumenta políticas sociales, lo que hace es aplicar la ley. (…). A mi me preocupa marcar cosas ideales que después es muy difícil sustentar en la realidad, sin los recursos necesarios, y que termina perjudicando a las propias personas"*. (E21)

- *"(VP) Me parece que es un poco complejo. BPS tiene sus recursos y es para determinadas prestaciones, nosotros para asegurarle una renta a un trabajador accidentado".* (E6)

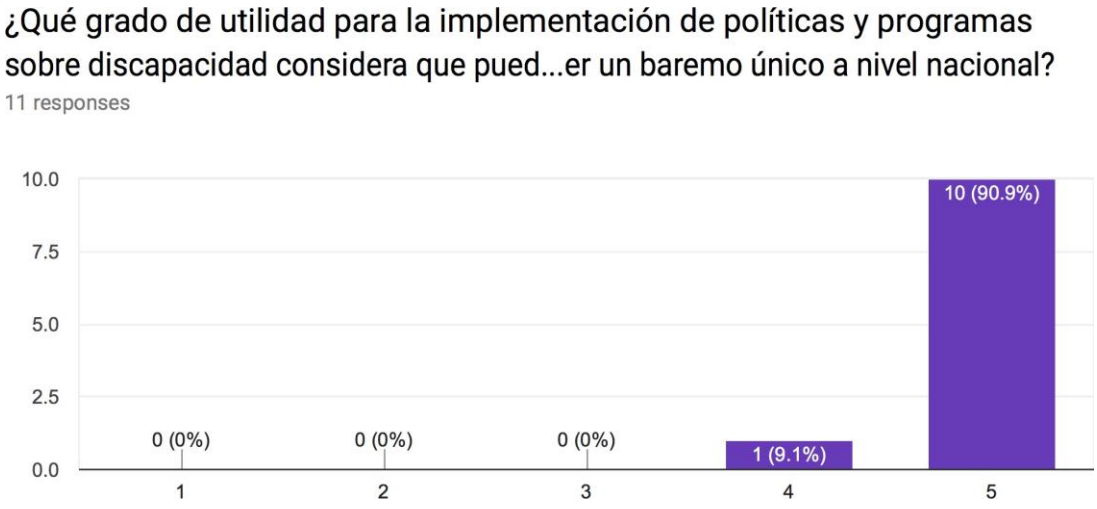
ANEXO IV: INFORMACIÓN RECABADA A PARTIR DEL CUESTIONARIO

En la especificidad de las respuestas recibidas a través del cuestionario, de las veintitrés (23) respuestas obtenidas, el 47,8% deben certificar la condición de discapacidad de la persona para el acceso a las mismas. Con relación al baremo utilizado surge la siguiente información:



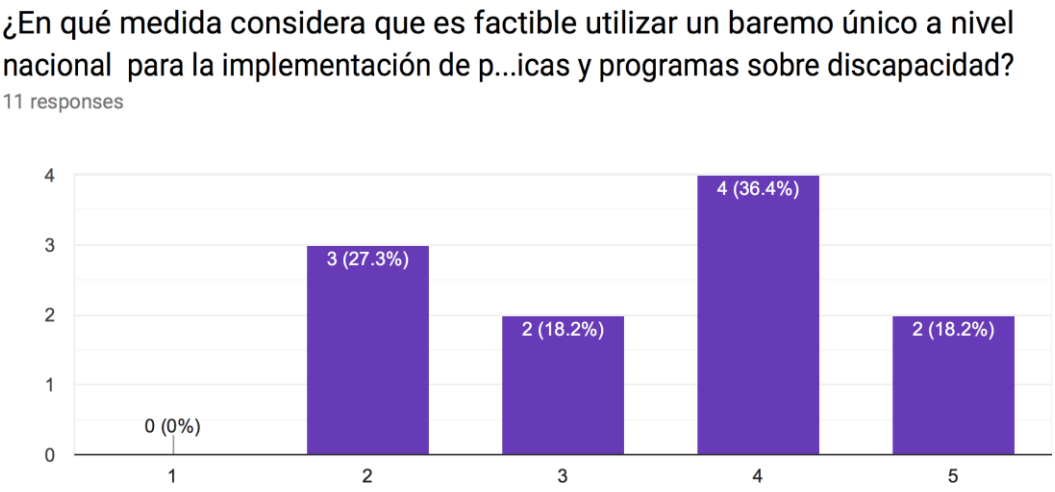
Fuente: Cuestionario realizado para la consultoría (2018)
Descripción de la imagen: El encabezado dice “El baremo utilizado:” y abajo “11 respuestas”. El gráfico es un círculo dividido en seis partes: color rojo 36.4%, color naranja 9.1%, color verde 18.2%, color violeta 9.1%, color celeste 9.1%, color azul 18.2%. A la derecha del círculo están las referencias de lo que significa cada color: color azul “es aplicado por funcionarios del servicio”, color rojo “es emitido por otros servicios o instituciones”, color naranja “otra situación”, color verde “propio”, color violeta “emitido por otros servicios o instituciones”, color celeste “otro”.

Por otra parte, tomando también como referencia solamente las respuestas del cuestionario, aparece una casi unanimidad en la necesidad de contar, en principio, con un baremo único. De las veintitrés (23) respuestas obtenidas, once (11) se pronunciaron sobre este punto, a saber:



Fuente: Cuestionario realizado para la consultoría (2018)
Descripción de la imagen: El encabezado dice "¿Qué grado de utilidad para el servicio considera que puede tener un baremo único a nivel nacional?" y abajo "11 respuestas". La figura es una gráfica, cuyo eje vertical marca "0.0, 2.5, 5.0, 7.5, 10.0", y el eje horizontal marca "1, 2, 3, 4, 5". Estos últimos números marcan los grados de acuerdo o desacuerdo con la utilidad del baremo único para su servicio. El número "4" tuvo una respuesta (que representa el 9.1%), el número "5" tuvo diez respuestas (que representa el 90.9%). Las otras opciones marcan cero.

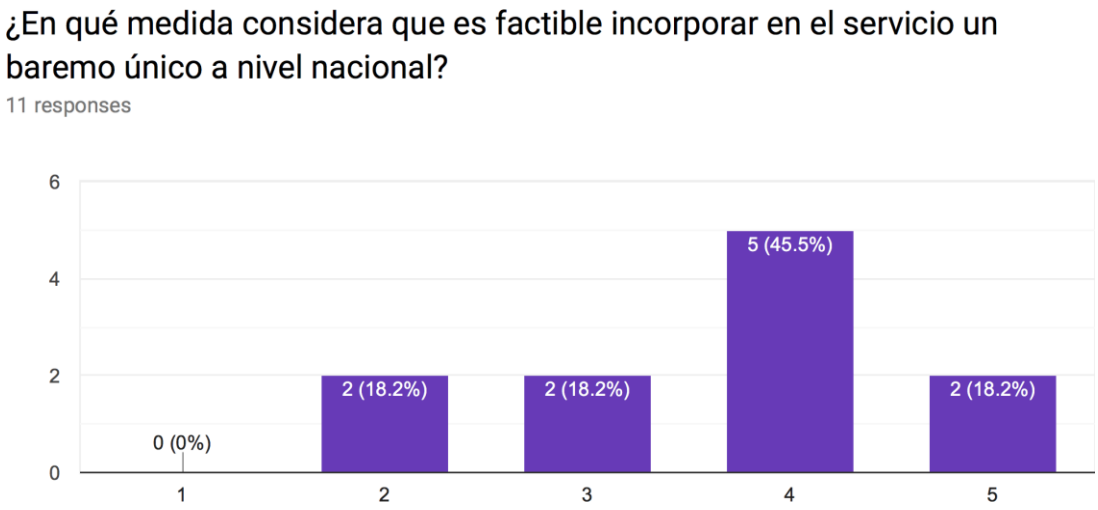
Sin embargo, cuando la pregunta se realizó en torno a la factibilidad de lograrlo, se obtuvieron del cuestionario las respuestas que siguen:



Fuente: Cuestionario realizado para la consultoría (2018)
Descripción de la imagen: El encabezado dice "¿En qué medida considera que es factible utilizar un baremo único a nivel nacional para la implementación de política y programas sobre discapacidad?" y abajo "11 respuestas". La figura es una gráfica, cuyo eje vertical marca "0, 1, 2, 3, 4", y el eje horizontal marca "1, 2, 3, 4, 5". Estos últimos números marcan los grados de acuerdo o desacuerdo con la utilidad del baremo único para la implementación de políticas y programas. Tres

respuestas tuvo el “2” (que representa el 27.3%), dos respuestas tuvo el “3” (que representa el 18.2%), cuatro respuestas tuvo el “4” (que representa el 36.4%), dos respuestas tuvo el “5” (que representa el 18.2%). Las opción “1” marca cero respuesta.

Especificada aún más la pregunta, sobre la utilidad de un baremo único a nivel nacional en la institución en la que se referencia, parecería haber una mayor posibilidad y aceptación de que esto fuere posible, a saber:



Fuente: Cuestionario realizado para la consultoría (2018)
Descripción de la imagen: El encabezado dice “¿En que medida considera que es factible incorporar en el servicio un baremo único a nivel nacional?” y abajo “11 respuestas”. La figura es una gráfica, cuyo eje vertical marca “0, 2, 4, 6”, y el eje horizontal marca “1, 2, 3, 4, 5”. Estos últimos números marcan los grados de acuerdo o desacuerdo sobre la factibilidad de incorporar en el servicio un baremo único. El número “1” tuvo cero respuestas, el número “2” tuvo dos respuestas (que representa el 18.2%), el número “3” tuvo dos respuestas (que representa el 18,2%), el número “4” tuvo cinco respuestas (que representa el 45.5%), el número “5” tuvo dos respuestas (que representa el 18.2%).

Se realizaron seis (6) comentarios con relación al punto de contar con un baremo único en el país, a saber:

- *“En nuestro caso, evaluamos limitación funcional en siniestrados del trabajo, esta área tan especifica debería ser contemplada aparte - un individuo puede desempeñarse aceptablemente en su entorno social y familiar, pero no calificar para desempeño laboral con las mismas características y destrezas que previo al accidente laboral”.*

- *“Sería una estrategia que permita unificar criterios y una única mirada de las políticas públicas sobre la discapacidad”.*

- *“Es necesario capacitación de los valoradores actuales en el nuevo baremo y crear un órgano de control y monitoreo de todos los valoradores y las valoraciones”.*

- *“Considero que estamos en un momento, que las instituciones o las personas que referencian a ellas, nos encontramos en punto oportuno para lograrlo”*.

- *“La rigidez de las instituciones públicas puede ser una dificultad en la utilización de un nuevo baremo único”.*

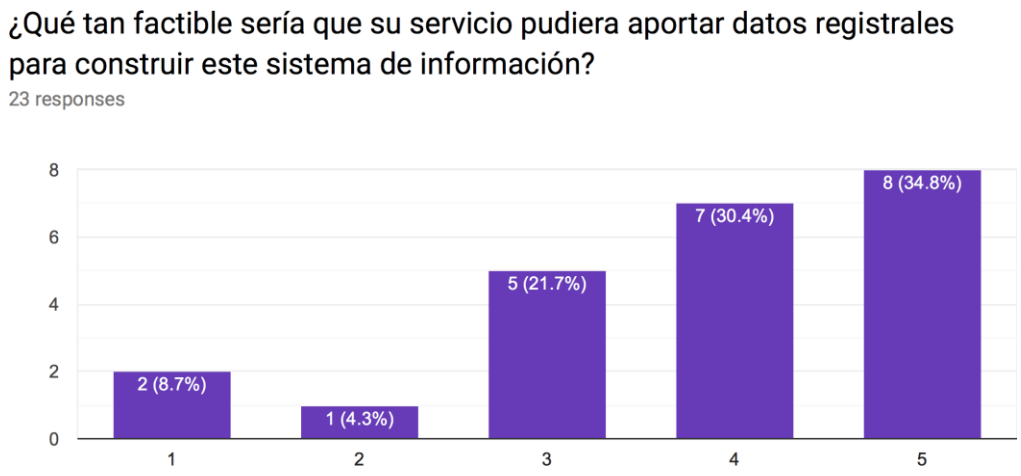
- *“Es necesario que nuestro país tenga un baremo como lo marca la normativa”.*

Más allá que sean seis (6) los comentarios realizados, en cada uno de estos aparece una temática diferente que es dable tomar en cuenta: la complejidad de un baremo y certificación únicos para la totalidad de las prestaciones en discapacidad; la potencialidad de unificar criterios hacia la valoración de las personas con discapacidad; la necesidad de capacitación para los equipos valoradores en el nuevo baremo; la rigidez institucional.

Otro de los aspectos en el cual se recabó información en el cuestionario fue en torno a la generación de un sistema de información único en discapacidad en el país, anclado en el potencial de un baremo y certificación únicos. En este sentido, hubo una respuesta unánime y positiva en torno a la generación de este sistema de información único en el país, a saber:

Fuente: Cuestionario realizado para la consultoría (2018)
Descripción de la imagen: El encabezado dice “¿Considera útil contar con un sistema de información único sobre discapacidad den el que cada servicio aporte datos de sus registros?” y abajo “23 respuestas”. El gráfico es un círculo azul que marca “100%”. Al costado derecho están la referencia de “azul SI”, “rojo NO”.

De esta unanimidad, cambia la situación cuando se especifica en la consulta sobre la posibilidad que el servicio de referencia estaría en condiciones de otorgar datos para un sistema de información único en discapacidad a nivel nacional, a saber:



Fuente: Cuestionario realizado para la consultoría (2018)
Descripción de la imagen: El encabezado dice "¿Qué tan factible sería que su servicio pudiera aportar datos regístrales para construir ese sistema de información?" y abajo "23 respuestas". La figura es una gráfica, cuyo eje vertical marca "0, 2, 4, 6, 8", y el eje horizontal marca "1, 2, 3, 4, 5". Estos últimos números marcan los grados de acuerdo o desacuerdo. El número "1" tuvo dos respuestas (que representa el 8.7%), el número "2" tuvo una respuesta (que representa el 4.3%), el número "3" tuvo cinco respuestas (que representa el 21.7%), el número "4" tuvo siete respuestas (que representa el 30.4%), el número "5" tuvo ocho respuestas (que representa el 34.8%).

En este sentido, algunos de los comentarios que se realizaron al respecto fueron los que siguen:

- *"Los registros aportan datos de importancia para conocer la realidad, detectar fallas y omisiones, proponer mejoras y evaluar los resultados una vez optimizados los procesos"*.
- *"Sería importante sistematizar este registro de manera completa y clara en un único registro de fácil acceso por parte de las organizaciones".*
- *"Seria bueno unificar registros para visualizar las prestaciones estatales que posee la persona y su núcleo familiar; para optimizar los recursos y garantizar el acceso a servicios. Contar con información a nivel territorial facilita la posibilidad de elaborar estrategias de atención a la discapacidad".*
- *"Sería de gran utilidad contar con información centralizada y procesada en forma homogénea".*
- *"La unificación de criterios y lenguaje siempre es de utilidad . En nuestro caso el BSE asiste al paciente por su discapacidad relacionada a la secuela del accidente laboral. Un sistema de información que permita unificar todos los datos de un paciente, favorece la complementación de prestaciones que necesita".*

- *“Sería de gran utilidad para las instituciones, pero mucho más aún, para las personas con discapacidad o sus familiares, que deambulan de una oficina a otra sin obtener información clara a sus derechos y prestaciones. Que no dependa del funcionario comprometido”*.

- *“Centralizar en un único sistema o alimentar a ese sistema desde varios lugares y con cruzamiento de datos, puede ayudar a saber lo más real posible el porcentaje de población con discapacidad y donde se ubican geográficamente, entre otros datos necesarios para que la discapacidad sea considerada prioridad en la agenda publica nacional”.*

A partir de estos comentarios, se pueden ver con claridad los beneficios, en sus diversos órdenes, que tendría contar con un sistema de información de discapacidad único a nivel nacional. Esto no sólo sería importante para las instituciones, sino fundamentalmente para las personas con discapacidad, sus familias y las organizaciones que trabajan con éstas.

ANEXO V: BAREMOS UTILIZADOS EN URUGUAY HOY DÍA

- “Normas para la Valoración del grado de invalidez” (BPS, 2006 - Versión 2014). Utilizado por el Banco de Previsión Social. (Anexo Va)
- “Valoración de las situaciones de minusvalía” (IMSERSO, 1971): Utilizado por el Ministerio de Salud Pública. (Anexo Vb)
- (IMSERSO, 2002): Utilizado por el Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) - Ministerio de Desarrollo Social. (Anexo Vc)
- “Construcción de baremos para valoración de dependencia” (SNIC, 2018): Utilizado por el Sistema Nacional de Integrado de Cuidados (SNIC) - Ministerio de Desarrollo Social. (Anexo Vd)
- “Valoración de incapacidad laboral” (Baremo francés, 1970): Utilizado por el Banco de Seguros del Estado. (Anexo Ve)
- “Registro Nacional de Personas con Discapacidad”. La Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD) utiliza el baremo de Pronadis, el cual es realizado por los equipos interdisciplinarios de este último lugar. (Anexo Vf)
- “Importación de vehículos para Personas con Discapacidad”. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) utiliza el baremo del MSP, el cual es realizado por técnicos del área de la salud de este último lugar. (Anexo Vg)
- “WHODAS - CIF” (OMS, 2001): Utilizado por el Centro Dr. Martínez Visca. (Anexo Vh)

Anexo Va

“Normas para la Valoración del grado de invalidez” (BPS, 2006 - Versión 2014). Utilizado por el Banco de Previsión Social.

Anexo Vb

“Valoración de las situaciones de minusvalía” (IMSERSO, 1971).

Utilizado por el Ministerio de Salud Pública.

Anexo Vc
(IMSERSO, 2002).
Utilizado por el Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) - Ministerio de Desarrollo Social.

Anexo Vd

“Construcción de baremos para valoración de dependencia” (SNIC, 2018). Utilizado por el Sistema Nacional de Integrado de Cuidados (SNIC) - Ministerio de Desarrollo Social.

Anexo Ve
“Valoración de incapacidad laboral” (Baremo francés, 1970).
Utilizado por el Banco de Seguros del Estado.

Anexo Vf
“Registro Nacional de Personas con Discapacidad”.
Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD).
Utiliza el baremo y equipo técnico de Pronadis.

Anexo Vg

“Importación de vehículos para Personas con Discapacidad”.

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

Utiliza el baremo y técnicos del MSP

Anexo Vh

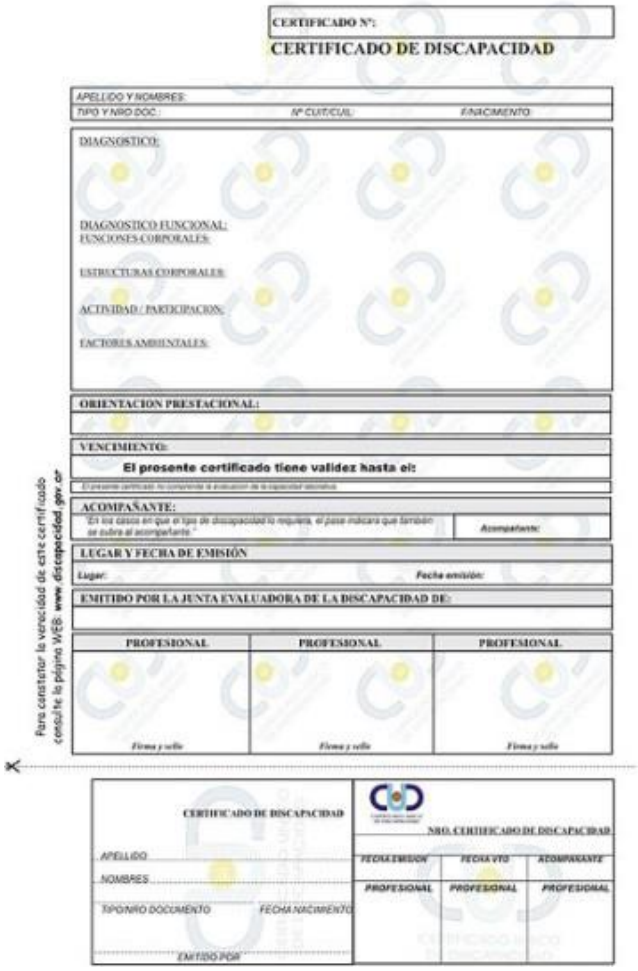
“WHODAS - CIF”.

Centro Dr. Martínez Visca

Realizado por el equipo interdisciplinario de la institución

ANEXO VI: BAREMOS Y CERTIFICACIONES UTILIZADAS EN OTROS PAÍSES

Argentina: “Certificado Único de Discapacidad”. (Anexo VIa)


CERTIFICADO Nº:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO Y NRO DOC: Nº CUIT/CUIL: F.NACIMIENTO:

DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES:

ESTRUCTURAS CORPORALES:

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:

FACTORES AMBIENTALES:

ORIENTACION PRESTACIONAL:

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el:

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa

ACOMPAÑANTE:

“En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el presente indicará que también se cubre al acompañante.”

Acompañante:

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Lugar: Fecha emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

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

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

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO

NOMBRES

TIPO/NRO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO

EMITIDO POR

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPAÑANTE
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL

Descripción de la imagen: Hoja blanca con fondo diluido con la imagen del logo institucional. Arriba a la derecha en un recuadro dice “CERTIFICADO Nº:” y abajo dice “CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD”. Debajo aparecen varios recuadros para ser llenados con los datos que van solicitando. Estos datos van de arriba hacia abajo en la hoja: primer recuadro “APELLIDO Y NOMBRE”; recuadro de abajo “TIPO Y Nº DOC”, al costado “Nº CUIT/CUIL”, al costado “F. NACIMIENTO”; en el recuadro de abajo “DIAGNÓSTICO”, en el mismo recuadro hacia abajo y dejando espacios para que la persona conteste dice “DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:”, debajo “FUNCIONES CORPORALES”, debajo “ESTRUCTURAS CORPORALES”, debajo “ACTIVIDAD / PARTICIPACIÓN”, debajo “FACTORES AMBIENTALES”; debajo en un nuevo recuadro dice “ORIENTACIÓN PRESTACIONAL”; debajo en un nuevo recuadro dice “VENCIMIENTO”; debajo en un nuevo recuadro dice “**El presente certificado tiene validez hasta:**”; debajo en

un nuevo recuadro dice en letras pequeñas “Este certificado no comprende la evaluación laborativa”; debajo en un nuevo recuadro dice “ACOMPAÑANTE”; debajo en un nuevo recuadro en letras pequeñas dice “En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante”, al costado derecho con una división en el recuadro dice “Acompañante”; debajo en un nuevo recuadro “LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN”; debajo en un nuevo recuadro “Lugar:”; debajo en un nuevo recuadro “EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE”; debajo en un nuevo
recuadro que se divide en tres dice “PROFESIONAL“ en cada uno; y debajo de ello “Firma y sello”. Se marca con el dibujo de una tijera y una línea de puntas que por ahí debe cortar la persona esta hoja, ya que divide el cuadro de datos anterior con el que sigue posteriormente. El segundo recuadro se divide en dos. En el recuadro que queda hacia la izquierda dice “CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD”, debajo “APELLIDO”, debajo “NOMBRES”, debajo “TIPO / Nº DOCUMENTO” y al costado “FECHA DE NACIMIENTO”, debajo “EMITIDO POR”. En el recuadro de la derecha dice “NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD”, debajo “Fecha emisión”, al costado derecho “Fecha de vto.”, al costado derecho “Acompañante”, debajo de estas tres palabras dice “Profesional” en cada una de ellas.

Chile: “Credencial de Discapacidad”. (Anexo VIb)

Certificado emitido por COMPIN

Credencial o Carnet de Discapacidad enviado por Registro Civil

Descripción de la imagen: Aparecen dos imágenes distintas. En la imagen de la izquierda aparece la hoja con los datos de la comisión evaluadora, y debajo de la foto de la hoja dice “Certificado emitido por COMPIN”. En la imagen de la derecha se muestra el carnet. Los datos que aparecen en el carne son: “SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN. CHILE”; debajo “REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD”; debajo “FOLIO: 00000000000001871”; debajo “Código

Verificación”, debajo de este código de verificación está el código de barras; hacia la izquierda de ese código y siguiendo hacia abajo dice “CREDENCIAL”, debajo “RUN:”, debajo “NOMBRE:”, debajo “GRADO GLOBAL DE DISCAPACIDAD: SEVERA 55,55%; debajo “CAUSA PRINCIPAL”, al costado “MENTAL / INTELECTUAL”; debajo de causa principal “CAUSA(S) SECUNDARIA(S), al costado “FÍSICA” y debajo de física “SENSORIAL VISUAL”; debajo a la izquierda dice “MOVILIDAD REDUCIDA: NO”.

Colombia: “Certificado de discapacidad de Colombia”. (Anexo VIc)

Se anexa aparte. Véase a partir del punto 2 del documento.

Costa Rica: “Creación del Servicio de Certificación de la Discapacidad”. (Anexo VId)

Descripción de la imagen: Una figura al centro con un dibujo de la credencial de discapacidad y arriba cinco leyendas largas puestas en círculo con las prestaciones a las que se llega con dicha credencial.

México: “Credencial Nacional para Personas con Discapacidad” (Anexo VIe)

Descripción de la imagen: El carné de discapacidad, de un lado y del otro. Del lado de enfrente, el carne pone el nombre de la persona, debajo la dirección y debajo el número de CURP dado. Del lado inverso está la huella digital a la izquierda y a la derecha en caso de pérdida a quien dirigirse con el nombre, dirección y teléfono, y debajo de estos datos el código de barras que identifica a quien le pertenece el carné.

Unión Europea: “EU Disability Card”. (Anexo VIf)

Descripción de la imagen: El carné de discapacidad de la Unión Europea tiene en el margen superior izquierdo el país de la comunidad al que pertenece el titular del carné, y sobre la derecha dice “EU Disability Card”. Debajo está sobre la izquierda

la foto de la persona y sobre la derecha sus datos: nombre, apellido, fecha de nacimiento, número de carné y fecha de expiración.

Francia: “Certificat médicale” (MDPH, 2017). (Anexo VIg)

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa 15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap.
Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	Oui	Non
Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	Oui	Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».
(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical.
Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur .....
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme .....
depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation sécurité sociale : N° de dossier auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

Descripción de la imagen: Datos diversos que se solicitan en las Casas Departamentales de Discapacidad a partir de la realización del baremo. La información es abundante y está toda en francés.

España: “Solicitud de reconocimiento del grado de discapacidad” (IMSERSO, 1971/1999). (Anexo VIh)

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL | IMSERSO

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD
Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre

ANTES DE RELLENAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

1. MOTIVO DE LA SOLICITUD (señale con X lo que proceda)

GRADO DE DISCAPACIDAD (GD)	REVISIÓN DE GRADO POR:	AGRAVAMIENTO	MEJORÍA
UN GRADO DE DISCAPACIDAD SUPERIOR AL 33% COMO PENSIONISTA DE INCAPACIDAD PERMANENTE			
DIFICULTADES DE MOVILIDAD PARA UTILIZAR TRANSPORTES PÚBLICOS			

2. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº NIF/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO Hombre Mujer	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO	Nº /Blq / Escal / Piso / Pta...		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO 1 TELÉFONO 2
TIENE SEGURIDAD SOCIAL SÍ NO	TITULAR BENEFICIARIO/A	Nº DE SEGURIDAD SOCIAL	

3. NOTIFICACIÓN

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (solo si es distinto del indicado en el apartado 2)			
DOMICILIO		Nº/Blq./ Escal./Piso/ Pta...	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
SI DESEA RECIBIR AVISOS DE LAS NOTIFICACIONES, INDIQUE EL MEDIO:			
CORREO ELECTRÓNICO	DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...)		

4. DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE SU REPRESENTACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº. NIF/NIE
DOMICILIO	Nº / Blq. / Escal / Piso / Pta...		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO 1 TELÉFONO 2
RELACIÓN CON EL/LA INTERESADO/A	REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO		
PODER NOTARIAL O REPRESENTACIÓN. Nº DE PROTOCOLO			

Descripción de la imagen: En el margen izquierdo superior aparecen los logos del Gobierno de España y del IMSERSO. Debajo se abre un cuadro con distintos

datos, que son los que siguen. Encuadrado al medio dice “SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD”, debajo de ese título dice “Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre”. Debajo dice “1. Motivo de la solicitud (señale con X lo que proceda)”, y en recuadro debajo dice: sobre la izquierda “Grado de Discapacidad (GD)”, al costado “Revisión de grado por:”, al costado “Agravamiento”, al costado “Mejoría”; debajo dice “Un grado superior al 33% como pensionista de incapacidad permanente”, debajo “Dificultades de movilidad para utilizar transportes públicos”. En el recuadro de abajo tiene el título “2. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA”, y debajo aparecen los datos básicos de nombre, apellido, fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, estado civil, datos del domicilio, correo electrónico, teléfono, si tiene seguridad social o no, titular/ beneficiario, número de seguridad social. En el recuadro de abajo tiene el titulo “3. Notificación”, y debajo aparecen los datos de: “domicilio a efectos de notificación (solo si es distinto al indicado en el apartado 2)”, y debajo ponen los datos de la dirección, localidad, provincia, teléfono; debajo, en el mismo cuadro, “SI DESEA RECIBIR AVISOS DE LAS NOTIFICACIONES, INDIQUE EL MEDIO”, y debajo las opciones son: “correo electrónico”, “dispositivo electrónico (nº de móvil)”. El último recuadro abajo tiene el título “DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE SU REPRESENTACIÓN”, teniendo debajo los datos de: nombre, apellido, domicilio, localidad, provincia, correo electrónico, teléfono, relación con el/la interesado/a, representante legal, guardador de hecho, poder notarial o representación Nº de protocolo.

India: “Unique Disability”. (Anexo VI-i)

Descripción de la imagen: El carné de discapacidad de India tiene en el margen superior izquierdo una leyenda que dice “Unique Disability ID”, en el centro el

escudo, a la derecho “Govt. Of India”. Debajo, sobre la izquierda va la foto y al costado derecho de la foto los datos de la persona: Número de UDID, Nombre, Apellido, fecha de nacimiento, género, tipo de discapacidad, percentil de discapacidad, fecha de realización y validez. Debajo de ello aparece a la izquierda la firma del solicitante y a la derecha la firma de la autoridad competente.

EEUU: “Seguridad de Ingreso Suplementario” (Anexo VIj)

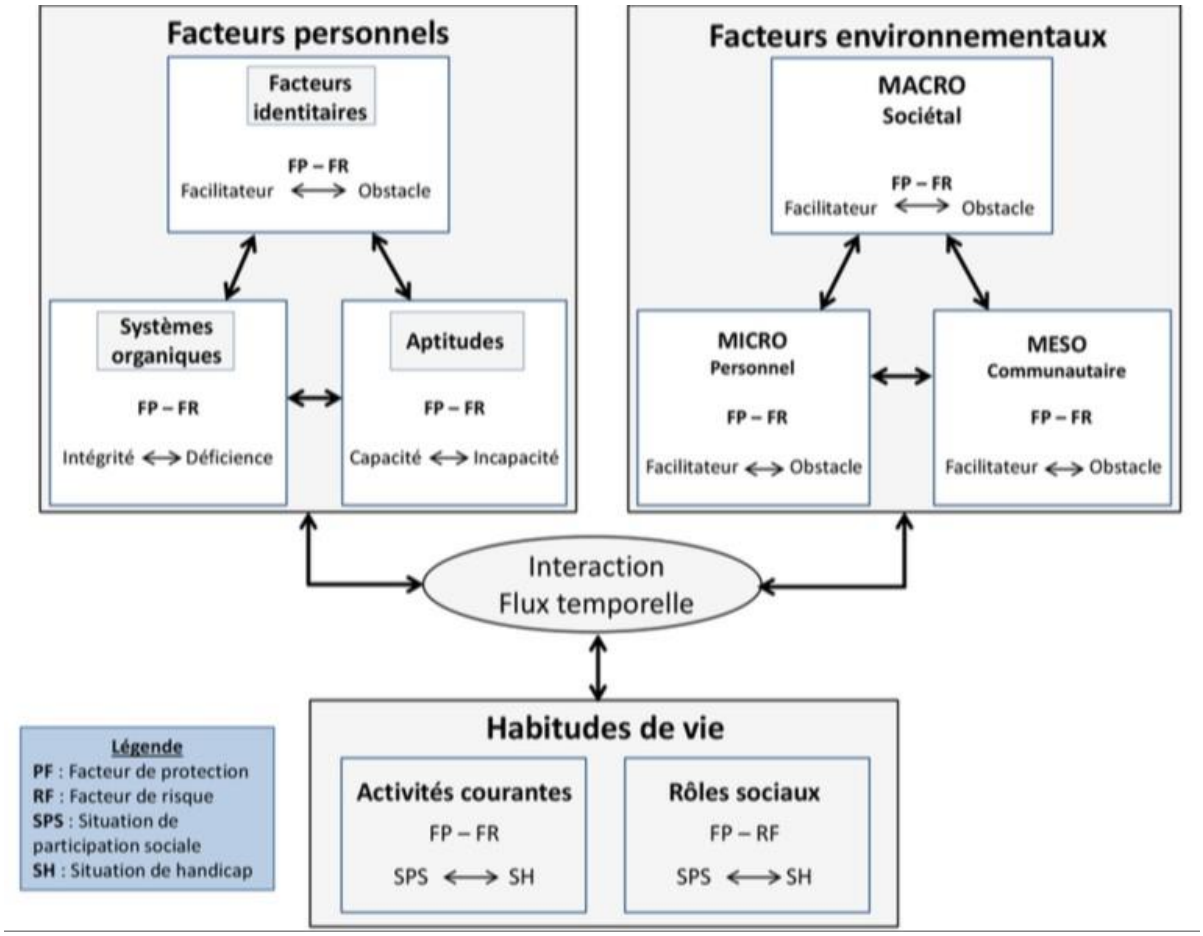
No existe una carta única de discapacidad. Se anexan los dos certificados que en su conjunto estarían siendo parte de los documentos a presentar en situaciones de discapacidad.

Descripción de la imagen: Son dos carnés de identificación. El de la izquierda es del seguro de salud con los datos de nombre, apellido, número de seguro de salud, hospital. El de la derecha es un corte del seguro social con el número de seguridad social y el nombre de la persona.

Canadá: “MDI-PPH2” (Anexo VIk)

Se anexa aparte el documento VIk(a), donde se presenta la guía de valoración.

Anexo VIk(b):



Descripción de la imagen: La imagen está en francés. En el recuadro de la izquierda superior dice: “FACTORES PERSONALES”, y debajo un recuadro con “Factores identitarios”, debajo FP - FR, debajo “Facilitador” flecha en doble sentido “Obstáculo”, hacia abajo se abre en dos recuadros: el de la izquierda dice “Sistemas orgánicos”, debajo FP - FR, debajo “Integridad” flecha en doble sentido “Deficiencia”; el de la derecha dice “Aptitudes”, debajo FP - FR, debajo “Capacidad” flecha en doble sentido “Incapacidad”. En el recuadro de la derecha del margen superior, en paralelo al recuadro de la izquierda, dice: “FACTORES AMBIENTALES”, y debajo un recuadro con “MACRO social”, debajo FP - FR, debajo “Facilitador” flecha en doble sentido “Obstáculo”, hacia abajo se abre en dos recuadros: el de la izquierda dice “MICRO personal”, debajo FP - FR, debajo “Facilitador” flecha en doble sentido “Obstáculo”; el de la derecha “MESO comunitario”, debajo FP - FR, debajo “Facilitador” flecha en doble sentido “Obstáculo”. Debajo de estos dos recuadros con subrecuadros a la interna hay un círculo con una leyenda que dice “Interacción” y debajo “Flujo temporal”. Debajo de esto se vuelve a abrir otro recuadro titulado “Habitos de vida” y debajo dos

recuadros: el de la izquierda “Actividades cotidianes”, debajo FP - FR, debajo “SPS” flecha en doble sentido “SH”; el de la derecha “Roles sociales”, debajo FP - RF, debajo “SPS” flecha en doble sentido “SH”. En otro cuatro más pequeño a la izquierda, independiente de los recuadros explicativos del modelo, está qué significa cada sigla: “PF: Factor de protección”, “RF: Factor de riesgo”, “SPS: Situación de participación social”, “SH: situación de discapacidad”. Todos estos datos descriptos están en francés, por lo que la traducción es de autoría.