

**Jornadas de Difusión y Seguimiento de la
Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.**

Organizadas por

Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.

Comisión de Discapacidad de la Cámara de Diputados de la Nación.

15 y 16 de octubre de 2009.

Magnitud de la Discapacidad en Argentina: de los dichos a los hechos.¹

Dra. Liliana Pantano.

Introducción.

Trabajar en la difusión, sensibilización, cumplimiento y seguimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CIDPCD), en una Jornada de esta magnitud, orientada a *“fortalecer los servicios que prestan los tres poderes del Estado Nacional en respeto y salvaguarda de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias”* y que convoca, *“en su faz presencial, a agentes y funcionarios de organismos dependientes del Poder Ejecutivo, del Poder Legislativo y del Poder Judicial del ámbito Nacional, e integrantes del Consejo Federal de Discapacidad”*² todos los cuales constituyen un público tan diverso como igualmente valioso y comprometido (o “a comprometer”), amerita apreciar y debatir todos los aportes que puedan hacerse tanto desde diversas disciplinas científicas como desde la experiencia de gestión de diferentes actores de la sociedad civil.

En relación a la experiencia concreta de investigación sobre aspectos sociales de la discapacidad, me propongo *reflexionar sintéticamente sobre algunas cuestiones introductorias (precisamente porque considero que son centrales y que no deberían darse por sobreentendidas)* asociadas a: términos y conceptos básicos, al alcance cuantitativo de la discapacidad entendida como asunto o problema social (de todos) así como a la necesidad e importancia de llevar a la práctica acciones idóneas, eficientes, sostenibles y replicables en un marco de derechos, orientadas a mejorar la calidad de vida de toda la ciudadanía.

Todo lo cual se presenta en los siguientes puntos:

I.- “Discapacidad” y “personas con discapacidad” en la CIDPCD.

II.- La magnitud de la discapacidad.

III.- La importancia de sostener el discurso con buenas prácticas. De los dichos a los hechos.

I.- “Discapacidad” y “personas con discapacidad” en la CIDPCD.

El concepto de *discapacidad* ha recorrido un largo camino como los términos elegidos o simplemente empleados para designar a la persona portadora. Es hoy un término que reconoce la totalidad del individuo, sujeto de derechos y obligaciones, y designa *las*

¹ Esta presentación ha sido preparada para la ocasión y a partir de diferentes trabajos de la autora y de otros aportes bibliográficos, todo lo cual se documenta en la BIBLIOGRAFIA al final del texto.

² Según lo expresado en la convocatoria oficial. Véase <http://www.psi.gov.ar/convencion/>

limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, a partir de un estado o condición de salud³ de una persona en interacción con el contexto (CIF/OMS2001).

De tal suerte, ‘discapacidad’, en los comienzos del tercer milenio, pasa a ser un término abarcativo, ‘paraguas o baúl’, debajo o dentro del cual se entienden la *deficiencia*, la *discapacidad (=limitación)* y la *minusvalía (=restricción)*, conceptos que a partir de 1980 fueron desarrollados y sistematizados por la anterior versión de la OMS, la Clasificación Internacional de la Deficiencia, de la Discapacidad y de la Minusvalía conocida como CIDD⁴.

Así expresado, *discapacidad* puede ser considerado un término técnico que resume todo un proceso que involucra a la persona con un estado negativo o problema de salud que se constituye en interacción con el contexto, y que puede afectar las actividades y la participación propias del funcionamiento humano⁵. Ese contexto es descrito según la CIF por los llamados factores contextuales, que abarcan *los factores ambientales* (representados por los productos y la tecnología; los apoyos y las relaciones; las actitudes; los servicios, los sistemas y las políticas; el entorno natural y los cambios en el entorno) y los *factores personales* (trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida: sexo, raza, otros estados de salud, el estado físico, la profesión, etc.).

Ya en 2006, la CIPCD hace referencia expresa a los términos “discapacidad” y “personas con discapacidad”

Pone de relieve precisamente el carácter dinámico y complejo de la discapacidad, a partir de distintas deficiencias que afectan a las personas en interacción con contextos que al no estar preparados para ello erigen obstáculos y dificultades impidiendo no sólo el desenvolvimiento sino que dificultan el goce de los derechos e impiden el cumplimiento de las obligaciones, de manera equitativa.

Expresa en el Inciso e) de su Preámbulo:

“(…) 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”.

También especifica en su Artículo 1º:

“(…) 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”.

³ Se considera “condición de salud” a “la enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. (...) puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés (sic), anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE 10”- (CIF, pág. 231).

⁴ La CIDD es publicada en 1980 por primera vez, en inglés. La versión española se da a conocer en 1983, fecha hasta la cual la OMS aconsejaba no encarar traducciones independientes. La revisión oficial comienza en 1993 y da lugar a diversos borradores hasta que se aprueba el final, el 22 de mayo de 2001, para ser empleado a nivel internacional, por resolución WHA 54 21 y publicada en español a finales de ese año.

⁵ Téngase presente que la CIF forma parte de la Familia de Clasificaciones (FIC) de la OMS. Como tal, busca la universalidad es decir la representación transcultural de los procesos que describe. De tal suerte, durante la revisión de la CIDD, se trabajó para identificar los elementos del funcionamiento reconocidos como comunes y de importancia en todas las culturas, de modo que resultara aplicable en todo el mundo.

Adopta *persona con discapacidad*⁶ reclamando “la dignidad que le es inherente”, lo que primeramente supone que hablamos de *persona*, como todos y todas:

- a.- El Diccionario de la Lengua Española define ‘persona’, destacando básicamente que se refiere al “*individuo de la especie humana*”, “*sujeto de derecho*”. Esta aclaración, tan sencilla y, en realidad, al parecer, hasta redundante, abre toda una gama de dimensiones que no siempre son tenidas en cuenta. Por más que desconozcamos las características concretas de su condición, tal apreciación alude holísticamente al individuo. Orienta con mayor propiedad en relación al trato, a la interpretación de las posibilidades del sujeto para hacer y para decidir su presente y su futuro, su vocación y sus intereses, más allá de lo limitado que esté o que vaya a estar. Implica aludir al ciudadano, jefe de familia, consumidor, vecino, fanático de algún deporte, socio, espectador, cliente, votante, ocupado o desocupado,... es decir: al miembro potencialmente activo de la comunidad.
- b.- Nos referimos a quien *tiene una discapacidad*, por lo cual decimos *persona con discapacidad*, expresión que conduce también a reconocer y valorar todas las capacidades de cada uno e interpretar todas sus necesidades, dentro de la amplia gama de necesidades humanas.

Pero sabemos que los términos no son ociosos sino que orientan el actuar. Es oportuno insistir en que el problema no son los términos que designan diferencias sino la valoración negativa que de ellas se haga. Al respecto, es importante alertar y trabajar en la dirección correcta: garantizar por todos los medios a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, el goce y ejercicio en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Tener una discapacidad no debería ser motivo de estigma o señalamiento y sin embargo lo ha sido históricamente. Se hace imprescindible que la sociedad toda se sensibilice sobre el valor de la vida en todas sus manifestaciones y desde una perspectiva de derechos, más allá de las diferencias y/o limitaciones, en vez de tapar el problema con eufemismos⁷ (personas con capacidades diferentes, personas con necesidades especiales, etc.) que alientan a una respuesta segregada, dispersa, en lugar de la consideración de sus necesidades específicas dentro de las comunes y corrientes a toda persona y a todo ciudadano.

También, cabría reflexionar sobre cómo denominar a las personas que en el presente no tienen discapacidad. Hoy por hoy me parece que hablar de ‘personas con discapacidad’ se complementa con referirse a ‘personas sin discapacidad’ sin entrar en denominaciones arbitrarias y confusas como mencionar a los ‘normales’, los ‘convencionales’, ‘sin defectos’, etc.

II.-La magnitud de la discapacidad.

Generalmente, para responder a cuál es la magnitud de la discapacidad en una jurisdicción dada, ya sea para la búsqueda de información, la elaboración de proyectos

⁶ De todas formas se mantiene aún en algunos círculos variación en estas expresiones. Por ejemplo en la *Guía Europea de Buena Práctica. Hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas* (1996) de la Comisión Europea, se publica en su pág. 11: “Se dan en Europa opiniones divergentes sobre el uso de los términos personas discapacitadas y personas con discapacidad. Conciente de que varios grupos prefieren la expresión personas con discapacidad a la de personas discapacitadas, el Comité de redacción ha decidido, no obstante, utilizar en esta guía los términos personas discapacitadas. Por tanto se ruega a quienes defiendan la primera opción que por persona(s) discapacitada(s) entiendan persona(s) con discapacidad.”

⁷ Se define según el Diccionario de la Lengua Española: “*eufemismo*: manifestación suave o decorosa de ideas cuya recta y franca expresión sería dura o malsonante”.

o bien desde la gestión pública y privada, se echa mano del *número de personas portadoras de discapacidad*. Esto obedece a una tendencia histórica de enfocar a la persona con dicha condición como población objetivo. Sin embargo, la evolución internacional de la problemática pone de manifiesto que si bien este dato es necesario, no es suficiente para reflejar la *magnitud real del problema* que nos interesa.

Cada vez es más necesario conocer a cuántas personas *afecta, alcanza, e involucra* la discapacidad. Estos tres verbos no son casuales sino propuestos intencionadamente. Podrían ser complementados o reemplazados pero –por lo menos por ahora- permiten alcanzar el fin propuesto. Veamos.

Según se ha expresado, la discapacidad, constituida por la interacción de las personas con un problema o condición de salud (deficiencia) con un contexto dado supone, interactuar con el medio físico, cultural y poblacional, es decir con objetos, espacios, normas, situaciones y con otras personas, en una geografía y dentro de un devenir histórico (CIF/OMS, 2001; Convención, 2006).

Puede decirse, entonces, que la discapacidad *afecta* inicialmente a las personas portadoras de diferentes estados negativos de salud o deficiencias, que ven limitada su actividad y/o restringida su participación en la interacción con los llamados factores contextuales; de ambos sexos y de todas las edades; que han nacido así o que han adquirido la discapacidad por diferentes causas a lo largo de su vida.

Pero también *alcanza* a los hogares que estos portadores componen y donde viven habitualmente, con las limitaciones impuestas por su condición en un medio dado. De alguna manera, quedan *involucrados*, por tanto, quiénes conviven con ellos en esa vivienda/hogar, es decir, quienes comparten los gastos de alimentación y sobrellevan los avatares de la vida cotidiana. Y esto, sin más, como sucede con la impronta de interactuar con cualquier otra condición de cada miembro del hogar y con su especificidad (ej.: inmigrante, jugador compulsivo, alcohólico, erudito, virtuoso de la música, amante de la informática, etc.).

Por tanto, preguntarse *cuál es la magnitud de la discapacidad en un territorio determinado* (continente, región, país, etc.) supondrá al menos establecer la prevalencia, es decir cuántas personas (habitantes) con discapacidad hay en relación al total de la población; cuántos hogares tienen al menos un miembro con discapacidad, los que pueden llamarse “hogares con presencia de discapacidad”; establecer qué población compone esos hogares, ya sea que tengan o no discapacidad, y cómo se distribuyen -ciudadanos y hogares- en ese medio, ya sea rural o urbano.

Es decir: la magnitud queda evidenciada tanto por el número y proporción de las personas con discapacidad en relación a la población total, como por el de sus relaciones más cercanas -virtual soporte y continente- según distribución en ámbitos rurales y urbanos, dando pie a la consideración de factores culturales, sociales y económicos propios de cada uno de ellos, así como de la accesibilidad y de la disponibilidad de apoyos, medios y servicios.

Argentina, a través de la Encuesta Nacional de Discapacidad, 2002/03, Complementaria del Censo 2001 y conocida como ENDI /INDEC, estableció que del total de habitantes de localidades de 5.000 habitantes y más, el 7.1% está afectado por al menos una discapacidad. Se trata de aproximadamente de 2.200.000 de personas, de ambos sexos y de todas las edades.

Estas personas están distribuidas en la quinta parte de los hogares argentinos: el 20.6% del total de los hogares. Dicho de otro modo: *uno de cada cinco hogares de Argentina*

tiene “*presencia de discapacidad*”. Y en esos hogares viven cerca de 6.700.000 personas, de las cuales 2.200.000 son las ya mencionadas personas portadoras de discapacidad y 4.500.000 son personas sin discapacidad. A gusto o a disgusto, con placer o con incomodidad, en la pobreza o en la riqueza, como pasa en cualquier familia, todas estas personas tienen que ver con las condiciones de todos los miembros del hogar, incluida la discapacidad.

En relación al Cono Sur, datos recientes muestran similares situaciones en Uruguay a través de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2004, Módulo de la Encuesta Permanente de Hogares y en Chile, a través de un Módulo de Discapacidad en la edición 2006 de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (conocida como la Encuesta CASEN). Uruguay arroja una prevalencia de discapacidad equivalente al 7.6% y Chile al 6.9%. Indican además que el 20.7% y el 19.7% de los hogares, respectivamente, tiene presencia de discapacidad.

Por otra parte, referirse a la magnitud, a la envergadura de la discapacidad supone tener en cuenta tanto a una población identificable hoy como a la población que potencialmente puede adquirirla en cualquier momento del ciclo vital y por las causas más diversas.

De los datos estadísticos producidos en Latinoamérica en el último quinquenio se desprende la tendencia general de que la discapacidad adquirida supera ampliamente a la de nacimiento (75% y 25%, aproximada y respectivamente).

Lo que conlleva dos reflexiones (entre otras muchas que podrían hacerse):

- La COIPCD alcanza real y potencialmente, desde su misma especificidad, a toda la ciudadanía: aquellas personas que hoy portan discapacidad y a las que pueden adquirirla en cualquier momento. Por lo cual generar servicios, sistemas y políticas debe ser interpretado como una inversión social hacia la calidad de vida de todos y de todas.
- Trabajar en la evitabilidad de causas de discapacidad así como en todos los grados de la prevención debería ser una prioridad en una perspectiva de derechos, reduciendo incluso el agravamiento o severidad de deficiencias de nacimiento, combatiendo factores estructurales como la pobreza y sus derivados (malnutrición, falta de detección temprana, de atención oportuna), la violencia, los siniestros de todo tipo, enfermedades, etc.

En síntesis:

Esta manera de interpretar la magnitud cuantificativa de la discapacidad, muestra una realidad diferente a la que se refleja si nos concentramos solo en el número de las personas afectadas. La cuestión abarca a muchos más y eso debe ser tenido en cuenta. Detrás de un niño con discapacidad en la escuela común hay, como con cualquier otro, unos padres, hermanos, otros familiares que tienen que ver con su socialización y desarrollo. Junto a un jefe de hogar que ha adquirido una discapacidad a causa de un siniestro laboral hay un grupo familiar que se verá influido por los avatares del cambio y la adaptación consecuente. En relación a una joven menor de edad que perdió un brazo en un accidente de tránsito cuando regresaba de sus vacaciones debe haber alguien que se ocupe de su rehabilitación, del apoyo afectivo y al menos de gestionar una prótesis así como acompañar la continuidad de sus actividades estudiantiles, recreativas, etc.. Por lo que se aprecia, la discapacidad transversaliza también a la familia y a la comunidad.

Y como estos ejemplos, simples y cotidianos, otros tantos evidencian que la discapacidad no se reduce a la deficiencia o estado negativo de salud sino que tiene que

ver con las relaciones sociales, con las posibilidades de atención y contención, con medios legales y económicos, con accesibilidad y seguridad en los entornos, con una cultura que debería estar abierta y efectivamente preparada para las diferencias, para alcanzar equidad y autonomía.

En términos muy simples: una persona tendrá más o menos discapacidad según la deficiencia que la origina y en el interjuego de las alternativas, obstáculos, opciones y posibilidades que el medio le ofrece. También, en relación a su carácter, a sus intereses y motivaciones, a las relaciones cercanas, a su rol en el hogar y a sus posibilidades de inserción comunitaria (escolar, laboral, de ocio y tiempo libre, política, etc.).

III.- La importancia de sostener el discurso con buenas prácticas. De los dichos a los hechos.

De ahí, la imperiosa necesidad de reducir el trecho que muchas veces separa los dichos de los hechos: es decir llevar a la práctica los contenidos del discurso, dándole soporte preciso a través de acciones y medidas concretas, de intervenciones orientadas a la calidad de vida, conocidas hoy en día como “buenas prácticas”, replicables y evaluables y que poco tienen que ver con acciones azarosas y esporádicas dependientes de la “buena voluntad” o de un compromiso tibio e ignorante de los derechos elementales del colectivo.

Vale la pena detenernos en algunas de sus características más notables.

Toda Buena Práctica (en adelante, BP)⁸:

❖ *Desde un punto de vista general:*

Es una “práctica”.

En primer lugar es una acción o conjunto de acciones. Si bien tiene fundamentación, teoría o doctrina que la orienta, no se queda en ella, sino que se aplica. Está ligada a la buena gestión y al buen gobierno. Exige preparación y planificación.

Mejora la situación de partida. Da ejemplo o se ofrece a la réplica o transferencia.

Implica resolver problemas o bien ofrecer ejemplos de resolución, generalmente orientados o ligados con la identificación y satisfacción de necesidades, y buscando la calidad. No se trata de un estándar, de un modelo abstracto de calidad, de una norma rígida. Se eligen libremente. Pueden mostrarse. Buscan la “excelencia”.

Tiene alcances en distintos niveles de la realidad. Transversalidad.

Su efecto desencadenante afecta por lo general al conjunto de la sociedad, de manera directa o indirecta. Favorece la participación tanto de la población objetivo como la de la comunidad (responsables oficiales, gestores, voluntarios, partenariado, etc.). En este sentido, tiene un carácter transversal que opera en la organización o en el ámbito de que se trate y en su contexto. En relación a su aplicabilidad, precisamente aparecen como el reflejo de una ciudadanía corporativa en su compromiso con el entorno socio ambiental. Y además de esto, su adopción supone dedicación y empeño hasta convertirse en algo habitual. Y también prudencia y sentido común para adaptarse a la realidad (particularmente cuando es réplica).

⁸ Todas las apreciaciones de este apartado están contenidas y desarrolladas en el artículo *Buenas Prácticas en materia de discapacidad. De los dichos a los hechos. Acortar el trecho.* (Investigación UCA/CONICET. En vías de publicación.) y responden a una amplia bibliografía explorada en el curso de esa investigación y referenciada puntualmente en ese texto.

Debe interpretarse/ evaluarse dentro de un marco de pertinencia en un contexto dado.

Si bien facilitan mejoras en el desempeño global de un sistema esa actuación debe ser evaluada en un contexto y en un tiempo determinados. Así como las BP pueden ser aprendidas y transferidas a otras organizaciones, también pueden ser, a su vez adaptadas o mejoradas. Por otra parte no debe olvidarse que toda buena práctica lo es con respecto a otras, es decir, que por sí sola no puede ser definida, sino por comparación con las demás prácticas. Es comparable en la medida en que implica una experiencia dentro de un mismo contexto o ámbito. Cabe recordar que lo que se transfiere de una buena práctica es la “forma de hacer” y no sus resultados.

Sensibiliza a la sociedad visibilizando problemas, protagonistas, responsables y soluciones. Supone un proceso de aprendizaje complejo ya que no sólo pasa por reconocer elementos cognitivos sino también actitudes y motivaciones. Esto precisamente incentiva la posibilidad de corregir con buenas prácticas, las malas o inadecuadas. Suelen tener lo que podemos considerar como un carácter “reivindicativo” en cuanto son las que efectivamente aseguran los discursos destacados (proclamaciones de derechos o atribuciones, declaraciones, principios, etc.) (CE, Guía, 1996).

Fomenta valores (como el respeto a la vida, a la diversidad, al medio ambiente, etc.), y los tiene en cuenta más desde puntos de vista cualitativos que de sondeos cuantitativos. Exigen información fiable y transparente, el rechazo a toda forma de corrupción y la implicación con la organización

- ❖ **Desde un punto de vista particular** puede decirse que en las llamadas BP, básicamente no pueden faltar estas características:
 - Tener impacto (innovadoras, creativas ya sea en la solución como en el planteo del problema)
 - Resultar eficaces.
 - Ser:
 - adaptables,
 - sostenibles (tener permanencia).
 - documentables o sistematizables
 - replicables /transferibles.
 - evaluables y evaluadas.

Además, hay que tener presente que en todos los ámbitos se detecta mucho interés en recoger *Buenas Prácticas en distintos formatos* (Bancos, Catálogos, Listas, Concursos, Guías, etc.) precisamente porque las BP:

- Ofrecen buenos ejemplos que incitan a la creatividad y a la réplica.
- Responden a demandas reconocidas.
- Promueven participación
- Y más que implementarse por un reconocimiento o premio, la “buena práctica” es interpretada como un premio en sí misma, lo que alienta su sostenimiento y continuidad.

Todo ello, puede resumirse en el siguiente concepto que intenta ofrecerse al lector como *herramienta conceptual de análisis de las circunstancias de la práctica en materia de discapacidad*:

Una buena práctica es una acción o conjunto de acciones que responde/n a una necesidad, a una visión y a valores (fundamento), cuenta con un cuerpo que la/s ejecuta y también con decisión “política” (respaldo); satisface al “ciudadano”, es sostenible

y flexible, es replicable y atiende a la calidad de vida de todos y de todas (Pantano, 2009).

En primera instancia quizá la práctica básica sea generar una conciencia amplia en relación al carácter social de la problemática y a la responsabilidad comunitaria, para llevar a cabo acciones que sean las mejores, tendiendo a la mayor calidad tanto de gestión como al resultado final en la vida de todos los ciudadanos.

Debe recordarse que las llamadas BP tienen que ver con diferentes aspectos, áreas o intereses de las personas como tales. El hecho de que apunten a la calidad supone mejorar la vida en su transcurso, atendiendo necesidades tan diversas como las que se les manifiestan a las personas en distintos ámbitos de desempeño, en los diferentes momentos de la vida, acordes a diferentes gustos o intereses, condiciones personales o situaciones históricas. Una “BP en cualquier orden” (el de la discapacidad, concretamente) será siempre una “Buena Práctica en la actividad humana en su conjunto” (CE, Guía, 1996).

Las BP –como ya se expresara- en gran parte lo son por identificar y dar respuesta a una necesidad -manifiesta o latente- de sus beneficiarios, con expectativa de satisfacción o de mejora. Históricamente, las necesidades concretas de la población con discapacidad, -a caballo de la negación, discriminación, segregación o exclusión de que ha sido objeto- han resultado por lo general subestimadas, postergadas o relegadas.

El falso argumento del bajo número de afectados en muchas circunstancias ha sido empleado como excusa para no implementar prácticas -ni buenas ni de las otras- en muchos órdenes, por ejemplo: para disponer de transporte accesible, generar educación inclusiva, ofrecer alternativas de capacitación laboral, aceitar el mercado para la inclusión laboral, eliminar barreras para el disfrute del ocio y del tiempo libre, orientar la vocación o la sexualidad, etc..

En tal sentido, se hace indispensable reconocer el problema, tener la decisión de buscar e implementar la solución así como contar con el *conocimiento suficiente* para seleccionar estrategias de acción. Y por sobre todo, contar con “ciudadanos preparados”, capacitados y comprometidos, para implementar esas prácticas que “soporten” discursos y recomendaciones.

La Declaración de Madrid (2002), destinada a proporcionar un marco conceptual de acción para el 2003, que fuera el Año Europeo de la Discapacidad en el ámbito de la Unión Europea, a escala nacional, regional y local, tuvo como lema “No discriminación más acción positiva es igual a inclusión social”. Su foco estuvo puesto en que se abandonara la concepción negativa proponiendo medidas concretas de acción, en un marco de comprensión de la discapacidad como cuestión de derechos humanos. Por supuesto, no fue la primera vez que se puso de manifiesto este enfoque sino que lo destacable es la postura de acentuar la acción a través de medidas efectivas que apunten a toda la sociedad, planteándose claramente que “con las personas con discapacidad, todo; sin las personas con discapacidad, nada”.

Hoy en día la CIDPCD ofrece un marco amplio y exhaustivo para orientar medidas con un espíritu inclusivo, que redimensiona a los actores: hay que llevar a la práctica todas sus propuestas con responsabilidad ciudadana, reuniendo el accionar de ciudadanos comprometidos, de todos los ciudadanos, ya sean con o sin discapacidad, en busca de la equidad social. Por lo cual detenerse a pensar en la magnitud real del problema de la discapacidad y actuar para mejorar las prácticas en la materia, debería ser una invitación ética, difundida y atendida por toda la comunidad.

BIBLIOGRAFIA.

- Bendixsen, S. y Guchteneire, P.** (2004). *Best practices in immigration services planning*. UNESCO.
- COMISION EUROPEA** (1996). HELIOS II. *Guía Europea de Buena Práctica. Hacia la Igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas*. Publicación del Equipo de Expertos Helios (en nombre de la Comisión Europea D.G/E 3). Bruselas.
- CONGRESO EUROPEO SOBRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD** (2002). *Declaración de Madrid*. Madrid.
- INDEC** (2005). *Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI, 2002/3) Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001. Argentina*.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY Y COMISIÓN NACIONAL HONORARIA DEL DISCAPACITADO** (2004). *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Informe Final.*, Montevideo.
- MIDEPLAN** (2006). *Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Módulo Discapacidad*. Santiago de Chile.
- NACIONES UNIDAS** (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible on line:
<http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>
- OMS** (1997). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: IMSERSO.
- OMS** (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid.
- Pantano, Liliana** (2007) *La palabra 'discapacidad' como término abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso*. Revista Cuestiones N° 9. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina. Disponible on line:
http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo12/files/c9_total.pdf
- ____ (2007) *¿A quiénes afecta, alcanza e involucra la discapacidad?*. Revista ECO-Córdoba.
- ____ (2009). *Buenas Prácticas en materia de discapacidad. De los dichos a los hechos. Acortar el trecho*. (Investigación UCA/CONICET. En vías de publicación.).
- Schön, Donald A.** (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones*. Barcelona: Paidós.