

C O N S U L T O R I A

SITUACION DE LA DISCAPACIDAD EN LA REGION ANDINA (LEGISLACION Y POLITICAS DE ESTADO)

Javier Díez Canseco

Febrero 2009

SITUACION DE LA DISCAPACIDAD EN LA REGION ANDINA

(LEGISLACION Y POLITICAS DE ESTADO)

INTRODUCCIÓN

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), a efectos de asumir en forma más sistemática la temática de la discapacidad, ha considerado necesaria una consultoría que desarrolle un Estudio de la Situación de las Personas con Discapacidad (PCD), de legislación comparada y de políticas gubernamentales formuladas en la región, así como de las formas de integración y participación de las organizaciones de PCD, de sus familiares o de aquellas que trabajan con ellas.

Se trata de tener una apreciación comparativa de las normas y políticas referidas a personas con discapacidad, así como de la forma en que estas acatan los convenios internacionales que los países del ORAS-CONHU han suscrito. Ciertamente, siendo una primera aproximación, no pretende una evaluación en el terreno de las políticas públicas de cada país.

Una matriz de normas y políticas comparativas sintetizará esta aproximación.

Finalmente, se trata de sentar las bases para una investigación sobre el tema en cada uno de los países del ORAS-CONHU para diagnosticar la ejecución efectiva de las políticas sobre PCD, su verdadero impacto en los sectores a que se refieren, la apreciación que las mismas PCD y sus organizaciones tienen al respecto, así como las sugerencias de normas legislativas y políticas de Estado que se consideren pertinentes.

Tal es el sentido de este Estudio que incluye el Informe sobre la Situación de las Personas con Discapacidad (PCD) en la región; la Matriz Comparativa de normas y políticas de Estado en los 6 países parte del ORAS-CONHU; y las recomendaciones y propuestas de investigación en profundidad a desarrollar.

CAPITULO I

SITUACION DE LA DISCAPACIDAD EN LOS PAISES ANDINOS INTEGRANTES DEL ORAS-CONHU

1. SITUACION DE LA DATA SOBRE PCD EN EL ÁREA ANDINA

Para avanzar en una LINEA BASE sobre la problemática de la discapacidad en los países que conforman el ORAS-CONHU, es fundamental contar con datos confiables (esencialmente censos y encuestas, además de registros e investigaciones) sobre el tema en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

Lo primero que constatamos es que **la información es diversa y de calidad distinta. Hay una notoria diferencia entre los resultados de los Censos y los de las Encuestas más especializadas.** Así mismo, **la información es recogida en momentos diversos y con periodicidad diferentes.** No resulta posible homogenizar la data, aunque algunas comparaciones se pueden intentar, sin olvidar la deficiencia de la información. En realidad, desde hace poco más de una década que hay una verdadera preocupación en poder formalizar y uniformar indicadores de medición sobre la prevalencia de discapacidades.

En varios países, los CENSOS nacionales y las ENCUESTAS de hogares, no incluían –hasta hace pocos años- una sección específica sobre el tema. Así, conforme el tema de discapacidad se ha hecho visible y reconocido, la necesidad de información confiable para contar con una línea de base ha hecho indispensable que los censos y encuestas nacionales incluyan preguntas relacionadas sobre la prevalencia de discapacidades, las condiciones de vida de las PCD, etc.

Organismos internacionales, como la ONU, sensibilizados por el tema y como parte de su compromiso para visibilizar a este sector poblacional, han ido progresivamente avanzando en convenios y medidas en relación a los derechos de las PCD. El más significativo, por su carácter integral y por el enfoque de derechos que tiene frente al tema es el que la ONU votara en diciembre de 2006: **la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Esta Convención, orienta los compromisos que deben asumir los Estados para promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Contar con una información, lo más cercana a la realidad, es fundamental –junto a una efectiva voluntad política y a la asignación

de recursos- para que los Estados parte de esta Convención puedan cumplir con ese propósito.

El tema queda meridianamente claro en el Artículo 31 de la Convención¹ en lo que refiere a Recopilación de datos y estadísticas.

Cabe resaltar que también obliga a desarrollar investigaciones, a difundir los datos y hacerlos accesibles a la sociedad y las PCD.

El tema de la medición de la discapacidad, ha sido también tema relevante en la ONU. Antes, el año 2001, se constituyó el Grupo de Washington (GW), integrado por representantes² de 79 oficinas nacionales de estadística (entre ellas de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, los países materia de este Estudio) así como por siete organizaciones internacionales, seis organizaciones que representan a personas con discapacidad, la División de Estadística de la Secretaría y otros organismos de la ONU.

Al GW³ se le encomendó la tarea de establecer los principios y normas relativas a los indicadores de discapacidad para su utilización en censos, en la medida que la información existente era incompleta, variable y poco confiable, por lo que no podían realizarse comparaciones entre países, dada la diversidad de indicadores utilizados. Ello hacía, por lo tanto, mucho más difícil la definición de políticas para este sector poblacional. El objetivo⁴, entonces, era el

¹ Artículo 31: Recopilación de datos y estadísticas

1. Recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que permitan formular y aplicar políticas
 - a. Garantizar la confidencialidad y el respeto a la privacidad de las personas con discapacidad
 - b. Aplicar normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y uso de las estadísticas.
2. La información recopilada se desglosará y se utilizará como ayuda para la evaluación del cumplimiento por los Estados partes de sus obligaciones. Así como para identificar y eliminar las barreras con que se encuentran la personas con discapacidad y otras personas
3. Los Estados partes, asumirán la responsabilidad de difundir éstas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas

² **Composición del Grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad** : Albania, la Argentina, Armenia, Australia, Austria, Barbados, Bélgica, Bermuda, Bolivia, el Brasil, Camboya, Canadá, Chile, China, Colombia, Costa de Marfil, Cuba, Dinamarca, Egipto, Eslovenia, España, los Estados Unidos de América, Filipinas, Finlandia, Francia, Gambia, Ghana, Grecia, Guatemala, Hungría, la India, el Irán (República Islámica del), el Irak, Irlanda, Israel, Italia, el Japón, Jordania, Kenya, Lesotho, Letonia, el Líbano, Lituania, Malawi, Mauricio, México, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Noruega, Nueva Zelanda, los Países Bajos, Palestina, Panamá, el Paraguay, el Perú, Polonia, la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), la Región Administrativa Especial de Macao (China), el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Árabe Siria, la República Checa, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Rumania, Santa Lucía, Serbia, Sierra Leona, Sudáfrica, Suecia , Tailandia, Tonga, Trinidad y Tobago, Turquía, Uganda, el Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de), Vietnam, Zambia y Zimbabwe. Con anterioridad también habían participado las Bahamas, Bulgaria, las Comoras, Costa Rica, el Ecuador, Eslovaquia, Estonia, las Islas Turcas y Caicos, Nigeria, la República Dominicana y Túnez.

³ Grupo de Washington sobre estadísticas de discapacidad

Propósitos:

- Promoción y coordinación de la cooperación internacional en materia de estadísticas de salud, centrándose en la discapacidad y el uso instrumentos normalizados para censos y encuestas nacionales que proporcionen la información básica necesaria sobre la discapacidad en todo el mundo y;
- Orientar el desarrollo de métodos e instrumentos generales relativos a la discapacidad, adecuados para su utilización en los censos, basados en las encuestas nacionales u otras formas de presentación estadística, con el objetivo principal de informar sobre la política de igualdad de oportunidades.

⁴ Grupo de Washington tiene como prioridad recomendar uno o más conjuntos amplios de temas de encuesta para medir la discapacidad o principios para su diseño, para ser utilizados como componentes de encuestas demográficas o como complemento de encuestas especiales.

poder contar con indicadores, podríamos señalar universales, a ser incorporados en los Censos de los países, que arrojen resultados comparables sobre mediciones de discapacidad.

Así mismo, otros entes internacionales han destinado esfuerzos y recursos en la tarea de sistematización de información estadística sobre la discapacidad en el mundo. Podemos anotar que tanto el Banco Interamericano de Desarrollo como el Banco Mundial se involucraron con este compromiso. Así, estas entidades han promovido la realización de diferentes eventos⁵ en estos últimos años con la finalidad de que las entidades encargadas de los Censos en sus respectivos países informen sobre los avances en la normalización de estándares para la medición de discapacidad.

Por ello, es que, con meridiana claridad a partir del nuevo milenio, las oficinas de Estadísticas encargadas de la conducción de los Censos de Población, de Vivienda, de Hogares realizan preguntas sobre indicadores de discapacidad teniendo en cuenta las orientaciones generales y criterios que se van normalizando internacional e interinstitucionalmente.

En el caso del Banco Mundial, el departamento encargado trabaja en estrecha colaboración con las oficinas regionales y sectoriales del mismo BM y se ocupa de recabar, compilar y difundir los datos ajustándose a normas profesionales para asegurarse de que todos los usuarios de información puedan confiar en la calidad y la integridad de los datos presentados.

Gran parte de los datos proviene de los sistemas estadísticos de los países miembros. Consiguientemente, la calidad de los datos mundiales depende del grado de precisión de estos sistemas nacionales. El Banco Mundial trabaja para ayudar a los países en desarrollo a mejorar la capacidad, eficiencia y eficacia de los sistemas estadísticos nacionales, puesto que si no se dispone de datos nacionales adecuados e integrales, es imposible formular políticas eficaces o realizar un seguimiento de la aplicación de las estrategias de lucha contra la pobreza o del progreso hacia los objetivos mundiales.

Sin embargo, como todos los países no han ingresado en esta dinámica en forma uniforme ni en el mismo momento, se trata de un proceso con distinto ritmo, por tanto es difícil hacer una comparación de la prevalencia en los países latinoamericanos y andinos.

⁵ Así, el BID ha realizado los siguientes eventos, vinculados al tema de datos sobre discapacidad: Datos de discapacidad en la región Andina (7-8 de junio de 2005. Lima, Perú); Datos de discapacidad en el Caribe (14-15 de abril de 2005. Kingston, Jamaica.); Segundo reunión sobre estadísticas de discapacidad en el Cono Sur (28-29 de octubre de 2004. Santiago, Chile.); Estadística sobre personas con discapacidad (31 de agosto - 1 de septiembre de 2004. Managua, Nicaragua); Estadísticas de discapacidad en el Cono Sur (7-8 de julio de 2003. Buenos Aires, Argentina).

2. SITUACIÓN DE LA DATA EN LA REGIÓN ANDINA SOBRE PCD: CENSOS, ENCUESTAS, ESTUDIOS ESPECIALIZADOS.

Como ya se ha referido, el abordaje censal en los países ha evolucionado en forma progresiva, siendo la tendencia a la normalización de los cuestionarios, a fin de tener datos que permitan la comparación de informaciones censales por diferentes rubros.

La tendencia para la obtención de información sobre población, emanada desde Naciones Unidas, es de evaluaciones cada 10 años. A la fecha, los **Censos de la Ronda 2000**, que abarca el período 2000 – 2010, se han realizado en los seis países andinos –materia de nuestro estudio- en diferentes años⁶. Todos han incorporado preguntas sobre discapacidad en sus cuestionarios, pero las preguntas no son uniformes, tienen distinto grado de rigurosidad y, ello, genera un problema: no permiten una comparación adecuada entre ellos. También es necesario señalar que ha sido un proceso complejo la confección de las fichas para la obtención de datos y el factor humano para captar la información más cercana a la realidad de cada país.

Una orientación que estuvo marcando la obtención de datos, teniendo en cuenta el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”⁷ (1982) de las Naciones Unidas, fue el marco de las definiciones empleadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)⁸ de 1980.

Sin embargo el 21 de mayo de 2001, la OMS adopta una nueva clasificación, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF)⁹, que proporciona un lenguaje unificado y estandarizado, con una fuerte aproximación al modelo social de discapacidad en comparación con el modelo médico empleado previamente. Es a partir de ese año que este nuevo concepto se irá incorporando progresivamente en los censos y encuestas para la obtención de datos de la discapacidad en los países, entre ellos –también- los del área andina.

⁶ Censos de Población y Vivienda: Bolivia, 2001; Chile, 2003; Colombia, 2005; Ecuador, 2001; Perú, 2005 y 2007; Venezuela, 2001.

⁷ El Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad fue adoptado por los Naciones Unidas en la 37ª sesión regular de la Asamblea General el 3 de diciembre de 1982, mediante su resolución 37/52. Su aplicación demandaba, entre otros, que cada país conozca las características demográficas y socioeconómicas de este sector de la población.

⁸ **Deficiencia:** es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para ser humano.

Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)

⁹ **Discapacidad:** es el resultado de la interacción entre una persona con una disminución y las barreras medioambientales y de actitud que esa persona puede enfrentar.

2.1. BOLIVIA:

En **Bolivia** resaltan 5 fuentes de data sobre discapacidad, como resultado de preguntas incorporadas en censos y encuestas.

Los **censos de 1900 y 1950**, en lo referente a discapacidad, se centraron en un sólo tema: si las personas tenían “impedimento (1900) o incapacidad (1950) para trabajar”. En el Censo de 1900, por la escasa experiencia censal, se empadronaron sólo 13.674 personas con alguna discapacidad física o mental, es decir el 0.9% del total de la población boliviana de esa época. En cambio, los resultados del 50 registran un 10.5% de la población económicamente inactiva por incapacidad para trabajar.

La **Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA 1998)**, casi medio siglo después, estuvo dirigida a obtener información de la población que adolece de impedimentos extremos por tipo de discapacidad.

Luego, el **Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001**, contiene un cuestionario específico que introduce la pregunta sobre discapacidad, pero sólo para establecer si algún miembro de la familia la tiene a nivel de hogar, sin precisar los datos de este miembro. Ello limita la posibilidad de aprovechar otras variables que se investigaron en el censo como sexo, edad, educación, actividad económica, etc. de los miembros de la familia. Estableció un 1.05% de PCD.

Otra fuente de datos para cuantificar la población con discapacidad es la **Encuesta de Medición de Mejoramiento de Condiciones de Vida - MECOVI 2001**, orientada a captar de mejor manera los datos de discapacidad con preguntas abiertas. La muestra para la encuesta fue de 5.744 viviendas, de las cuales 3.040 correspondieron a áreas urbanas y 2.704 viviendas a áreas rurales del país, fijando en 3.8% el porcentaje de PCD. Evidentemente, ambos procesos del 2001 tienen un subregistro, pero este último registra el triple que el Censo.

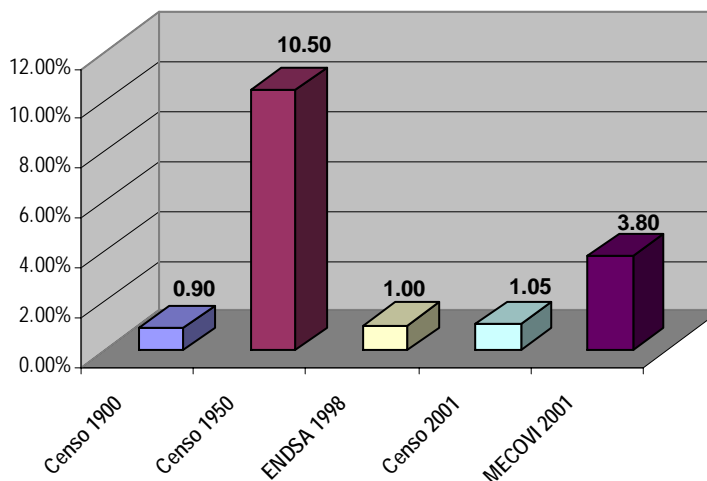
La evaluación del INE es que los datos tienen problemas de confiabilidad por la escasa capacitación del personal de encuestadores y falta de prolijidad en el recojo de la información, lo que habría llevado a un alto margen de error.

En razón ello, el **PNIEO** (Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades de 2006) considera una prevalencia de discapacidad del 10% de la población (más cercano a los datos de 1950), lo que no se condice ni con los datos de Censo, ni con los de la Encuesta del 2001. Asume el promedio mundial y latinoamericano del BM, la OPS y el BID, así como las cifras que tendría un trabajo de la Confederación Nacional de Personas con Discapacidad (CNPD)

del 2004, data a la que no hemos tenido acceso pero que es referida por la Defensoría del Pueblo de Bolivia.

En el cuadro adjunto podremos apreciar las prevalencias sobre discapacidad como resultado de los eventos realizados:

DISCAPACIDAD BOLIVIA - PREVALENCIA



Censos y Encuestas de BOLIVIA

Evento	Definición utilizada	Pregunta	Prevalencia
Censo 1900	Deficiencia	Impedimento para trabajar. Registro por observación directa de la persona con defecto físico o mental que le impida trabajar	0.9%
Censo 1950	Deficiencia	¿Incapacitado para trabajar? (ejemplo paralíticos, dementes, ciegos, sordomudos)	10.5% de los inactivos
ENDSA 1998	Deficiencia	¿(Nombre de la persona) tienen algún impedimento extremo? Opciones de respuesta precodificada: ¿Sordomudo?; ¿Retraso mental?; ¿Sordo?; ¿Mudo?; ¿Ciego?; ¿Paralítico? y ¿Cojo/Manco?	1%
Censo 2001	Deficiencia	Cuestionario: Parte 1 y Parte 2 En este hogar, ¿Cuántas personas son: 1 ciegas, 2. sordomudas, 3. paralíticas y/o tienen amputado algún brazo o pierna? Opciones: ninguna, una, dos, 3 ó más	0.9 a 1.2%/1 (3.1% de los hogares)
Encuesta de Hogares, MECOVI 2001	Deficiencia	Presenta..... ¿algún tipo de discapacidad permanente?	3.8%

Fuente: BID, Equipo de Discapacidad y Desarrollo, 2006

/1 Por razones demostrativas se sacó la media del dato de la prevalencia del Censo 2001.

2.2. COLOMBIA:

En el caso de Colombia son tres los estudios, realizados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), que incorporan la discapacidad para sus mediciones:

- El **Censo de 1993** para determinar el número PCD que tomó en cuenta la condición de salud y biológica, pero

dejó de lado los factores contextuales y sociales que hacen a la discapacidad.

- El **Registro de 2003**, bajo el criterio de la CIF, estuvo orientado a captar datos sobre deficiencias de estructuras corporales y limitaciones para relacionarse con otras personas, desarrollar actividades familiares, valerse por si mismo en el aseo o la vestimenta. Dicho registro ha generado un instrumento o banco de datos alimentado en forma permanente y periódica, constituyéndose en un Instrumento que permite recoger información sobre las características de la situación de discapacidad, atendiendo al marco conceptual establecido en la actual Política de Intervención en Discapacidad.
- El **Censo 2005**, realizado con el enfoque conceptual aportado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), fue el resultado concertado entre las entidades de PCD y que trabajan con ellas, así como de miembros del Comité Consultivo Nacional, quienes realizaron las pruebas de contenido para su definición. Es la información oficial utilizada por el Estado colombiano para la postulación de sus políticas para el sector.

Podemos anotar que también se han procesado otros estudios. Por ejemplo,

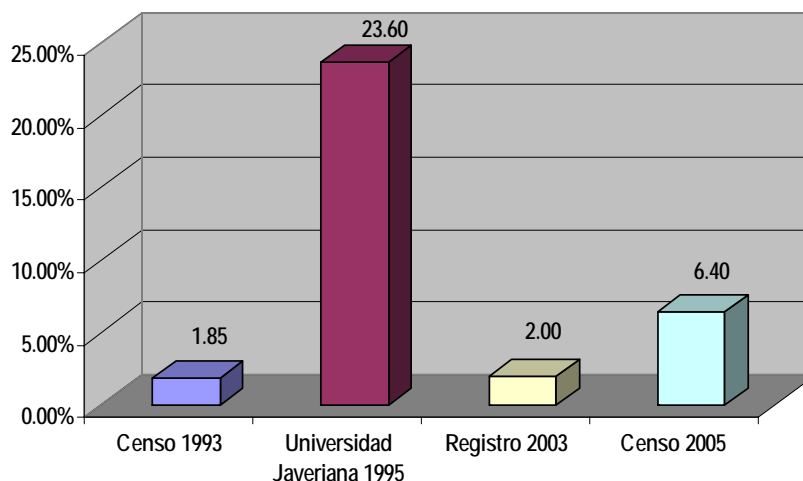
- el realizado por el Ministerio de Educación en convenio con el DANE (2002-2003), incorpora los conceptos de equiparación de oportunidades y de participación social, pero tiene el sesgo de identificación de PCD de mayor severidad, concepto que también orientó el Censo de 1993.
- También, podemos hacer referencia al estudio de la Universidad Javeriana y la Vicepresidencia de la República, para el Sistema Nacional de Información en 1995, que –basado en una muestra de 9 ciudades– encuentra una altísima prevalencia: 23.6%, así como alto desempleo y poco acceso al sistema de seguridad social.

En estos estudios la diferencia de cobertura de uno y otro, no permiten comparar sus estimaciones de prevalencia de discapacidad. Así mismo, el enfoque utilizado en el Censo 93 no es comparable con el utilizado en el Censo de 2005.

Cabe resaltar que la diferencia entre el Registro 2003 y el Censo 2005 es de más de 300% (de una prevalencia de 2% a una de 6.3%); y que la diferencia con el estudio de la Universidad Javeriana (23.6%) es abismal.

En el cuadro adjunto, podemos apreciar las prevalencias, tomando en cuenta sólo los resultados oficiales de las mediciones realizadas por el DANE.

Discapacidad COLOMBIA - PREVALENCIA



Fuente: BID, Equipo de Discapacidad y Desarrollo, 2006

Censos, Registro y Estudios de COLOMBIA

Evento	Definición utilizada	Pregunta:	Prevalencia
Censo 1993	Deficiencia	¿Tiene... alguna (s) de las siguientes limitaciones? Ceguera, sordera, mudez, retraso o deficiencia mental, parálisis o ausencia de miembros superiores, parálisis o ausencia de miembros inferiores, ninguna de las anteriores.	1.85%
Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad 1995	Limitación y deficiencia	Estudio realizado por la Universidad Javeriana en 9 ciudades de la República, estratos 1, 2 y 3, con resultados siguientes: 44.6% de PCD son mayores de 46 años; 1.8% presentan ceguera; 1.3% presentan sordera; 0.13% mudez; 0.4% retraso mental; 0.7% trastorno mental; en tanto, el 9.7% de las PCD presenta trastornos funcionales crónicos. Del total de PCD, el 24.1% está desempleada y sólo el 32.5% tiene acceso a seguridad social.	23.6%
Registro 2003	Deficiencia / Funcionamiento	CIF: 1) Deficiencias de estructuras corporales: ¿Tiene alteración - nervioso, visión, auditiva, gusto, voz, respiración, corazón, digestiva, sistema genital, movimiento corporal, piel? 2) Limitaciones de funciones: ¿Tiene dificultad para - pensar, ver, oír, percibir sabores u olores dolor permanente, hablar y comunicarse, moverse por problemas de corazón o respiratorios, masticar, tragar, asimilar alimentos, tener relaciones sexuales, caminar, correr, saltar, mantener piel, uñas, cabellos sanos? 3) Restricciones: ¿Tiene dificultad para - relacionarse con los demás, llevar - mover - utilizar objetos con las manos, caminar, mantener la posición del cuerpo, alimentarse, afeitarse y vestirse? ¿Le impiden desarrollar actividades - los familiares, amigos, vecinos, empleados, otras personas? ¿Encuentra barreras en ... dormitorio, sala, baño, escaleras, pasillos, patios, andenes, aceras, calle, vías, parques, plazas, estadios, teatros, paraderos, terminales de transporte, vehículos de transporte público, centros educativos, lugares de trabajo, centros de salud, hospitales, centros comerciales, tiendas, plazas de mercado, otros lugares?	2.00%
Censo 2005	Funcionamiento	Pregunta 41: Tiene limitaciones permanentes para: 1) ¿Moverse o caminar? 2) ¿Usar sus brazos y manos? 3) ¿Ver, a pesar de usar lentes o gafas? 4) ¿Oír, aún con aparatos especiales? 5) ¿Hablar? 6) ¿Entender o aprender? 7) ¿Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales? 8) ¿Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo? 9) ¿Otra limitación permanente? Si o no. Pregunta 42: De las anteriores limitaciones de... ¿cuál es la que más afecta su desempeño diario? (ampliado) Pregunta 43: ¿Esta limitación fue ocasionada: (ampliado): 1) Porque nació así, 2) Por una enfermedad, 3) Por un accidente, 4) Por violencia de grupos armados, 5) Por violencia dentro del hogar, 6) Por violencia de delincuencia común, 7) Por edad avanzada, envejecimiento, 8) Por otra causa, 9) No sabe.	6.3%

2.3. CHILE:

La data sobre discapacidad se remonta al Censo 1920 que incorpora una pregunta para conocer el número de personas afectadas por “defectos físicos o morales”. Ello no reportó resultados confiables dado el contenido subjetivo de la pregunta.

En el Censo de 1930, se oriento a conocer tres aspectos sobre la discapacidad: defectos físicos, ciegos y mudos. Del Censo de 1940, no se tienen antecedentes. En 1952, se agrega la sordera a la ficha de 1930. Entre 1960 y 1982, los censos no abordan la pregunta sobre discapacidad.

En 1992, una comisión de representantes de los Ministerios de Planificación (Mideplan), Educación (Mineduc) y Salud (Minsal), confeccionaron la ficha sobre discapacidad para el Censo, a fin de obtener información de personas con ceguera total, sordera total, mudez, parálisis-lisiado, deficiencia mental.

La necesidad de contar con una información más fidedigna a efectos de aplicar sus políticas para este sector poblacional, demandaron mayores esfuerzos en este ámbito; en particular después de la dación en 1994 de la Ley 19284¹⁰ y de la puesta en marcha, en mayo de 1999, de la Política Nacional para la Integración Social de las PCD.

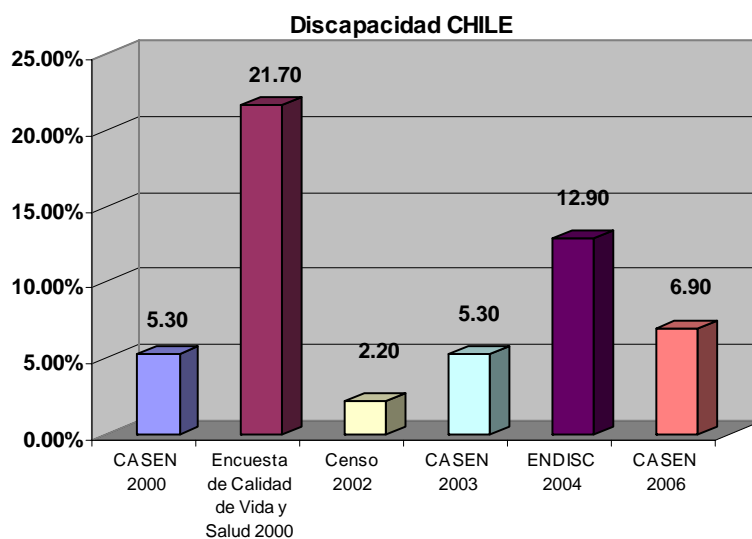
Es así que, a instancias del Mideplan, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) (que se aplica cada 2 años a hogares) incorpora una pregunta sobre deficiencia, considerando 7 categorías: deficiencia para oír, hablar, ver, mental, física, causa psiquiátrica y por último, ninguna. Recién a partir del 2000 se aplica en la encuesta.

Por su parte, MINSAL conjuntamente con el INE, levantaron la **Encuesta de Calidad de Vida y Salud, en el año 2000**, que permite conocer el estado de salud de los chilenos, utilizando una metodología que vincula la salud y la calidad de vida.

Con un nuevo enfoque, asumiendo el instrumento que aporta que aporta la OMS -la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF)”- el INE y FONADIS realizan el **Primer Estudio Nacional de la Discapacidad – ENDIS 2004**, conjuntamente. Este trabajo sirvió de base para la elaboración del Plan Nacional de Acción para la Integración Social de las Personas con Discapacidad 2004 – 2010.

¹⁰ Ley 19284 del 5 de enero de 1994, que establece las normas para la Plena Integración Social de la Personas con Discapacidad

En el cuadro adjunto podemos apreciar la variación de las prevalencias, teniendo en cuenta las diversas fuentes de investigación.



Fuente: BID, Equipo de Discapacidad y Desarrollo, 2006

Cabe hacer notar las diferencias entre los resultados de las diversas encuestas y censos realizados en Chile, en los primeros 6 años del Siglo XXI. Como se puede notar las prevalencias son marcadamente distintas, pudiendo variar desde 21.7% en la ENCAVI 2000 (que refiere 3'292,296 PCD en el 20% de las familias de Chile y recoge data de dificultades desde grados leves a severos) hasta el pequeño 2.2% del Censo del 2002 (que refiere 334,377 PCD y pretende recoger data sobre deficiencias "totales", apenas 2 años después).

Es bueno advertir que ENCAVI da cuenta que 89.4% de los casos no acceden a rehabilitación.

La ENDISC 2004 -que se desarrolla desde Mayo hasta Noviembre (del diseño de la muestra hasta el procesamiento y análisis de la data)- **es específica y muy completa**. Dedicó 66 preguntas al tema y se mueve transversalmente, con una muestra de 11,000 viviendas urbanas y 2,350 rurales. Ésta da cuenta de una prevalencia del 12.9% (2'068,072 PCD), en una encuesta que consulta a TODOS los miembros del hogar. Son 9 secciones: 1)Revisión de Salud General; 2)Visión y Audición; 3)Cuidado personal; 4)Capacidad para moverse; 5) Comprensión y Comunicación; 6)Actividades de la Vida diaria; 7) Dificultades para desempeño de actividades vitales; 8) Dificultades en aparatos y sistemas orgánicos vitales; y 9) Preguntas generales del hogar.

Como en otros países, parece que las diferencias obedecen a la calidad de las preguntas, la capacitación de los encuestadores y el manejo de la materia de discapacidad. Pero, **Chile es una de las**

experiencias mas importantes en recojo de información para trazado de una línea de base para definición de las políticas.

Censos y Encuestas de CHILE

Evento	Definición utilizada	Pregunta	Prevalencia
CASEN 2000	Deficiencia	Cuestionario: ¿Algún miembro del hogar presenta alguna de las siguientes deficiencias? 1. Deficiencia para oír, 2. Deficiencia para hablar, 3. Deficiencia para ver, 4. Deficiencia mental, 5. Deficiencia física, 6. Deficiencia por causa psiquiátrica, 7. Ninguna (anotar hasta tres deficiencias).	5.3%
Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2000	Funcionamiento	Cuestionario: Pregunta 10: ¿Usted o alguien de su hogar tiene dificultades para leer el diario o ver objetos pequeños, incluso usando lentes? Pregunta 11: ¿Usted o alguien de su hogar tiene dificultad para oír conversaciones de al menos tres personas, o la radio y televisión a volumen normal, incluso usando audífonos? Pregunta 12: ¿Ud. o alguien de su hogar tiene dificultades para hablar? Pregunta 13: ¿Ud. o alguien de su hogar necesita usar en forma permanente silla de ruedas, muletas, bastón o algún otro instrumento para poder caminar? Pregunta 14: ¿Ud. o alguien de su hogar tiene alguna dificultad para....? (caminar, viajar en micro o metro, vestirse o desvestirse, subir o bajar escaleras, bañarse, ducharse o asearse, tomar o manipular objetos, beber y comer, mascar y masticar cosas duras, controlar esfínter)	21.7%
Censo 2002	Deficiencia	Cuestionario: Encuesta de hogares, Personas, Viajeros ¿Presenta usted alguna de las siguientes deficiencias? 1. Ceguera total, 2. Sordera total, 3. Mudez, 4. Lisiado/parálisis, 5. Deficiencia mental, 6. Ninguna de las anteriores.	2.2%
CASEN 2003	Deficiencia	¿Algún miembro del hogar presenta alguna de las siguientes deficiencias? 1. Deficiencia para oír, 2. Deficiencia para hablar, 3. Deficiencia para ver, 4. Deficiencia mental, 5. Deficiencia física, 6. Deficiencia por causa psiquiátrica, 7. Ninguna (anotar hasta tres deficiencias)	5.3%
ENDISC_2004	Funcionamiento	Cuestionario de 66 preguntas, en gran detalle, que abarca a cada uno de los miembros del hogar. Busca identificar -junto a data de edad, genero, estado conyugal y empleo- los tipos de discapacidad (motriz, sensorial, intelectual y mental) con los niveles de afectación y preguntas dirigidas a identificar los problemas con indicadores claros y prácticos (incluyendo cuidado personal, comprensión y comunicación, capacidad para relacionarse con otras personas, participación y aceptación social). Así mismo, precisa el origen de la deficiencia. Igualmente interroga sobre los temas referentes al acceso a atención de salud (tanto medica como odontológica, refiriendo acceso a atención, diagnostico, ayudas técnicas, consejería, y rehabilitación), al nivel educativo y formativo alcanzado, a la recepción de beneficios sociales, definiendo donde recibió los servicios (sector publico o privado e institución). Finalmente precisa uso del tiempo libre de las PCD, su inscripción en registros electorales y ejercicio de derechos políticos, la reacción de otras personas cuando se desplaza por vías públicas, si ha sufrido discriminación y la ha denunciado, así como sobre su actividad sexual.	12.9%
CASEN 2006		MEDICION DE DISCAPACIDAD SEVERA	6.9%

2.4. ECUADOR:

Ecuador incorpora el tema discapacidad en dos recientes mediciones que realiza a nivel nacional:

- El **Censo de 2001**, lo hace bajo el concepto de que la discapacidad es una dificultad permanente para realizar una actividad considerada como normal, debido a secuelas irreversibles de una enfermedad congénita o adquirida e incurable.
- La **Encuesta SIEH-ENEMDU** (Sistema Integrado de Encuestas de Hogares – Encuesta de Empleo y Desempleo) que, 3 años más tarde, incorpora el tema de discapacidad por un acuerdo entre el INEC (Instituto

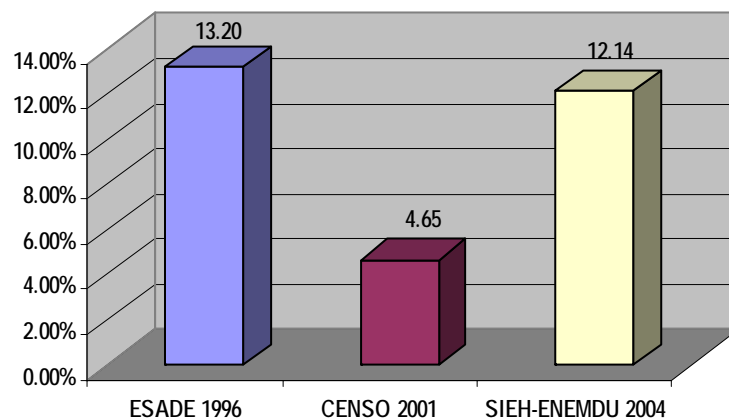
Nacional de Estadística y Censos) y el CONADIS, bajo la perspectiva conceptual de la clasificación de la CIF – OMS.

El resultado obtenido (12.2%) es cualitativa y cuantitativamente diferente al Censo (4.65%), muy probablemente por las mismas razones señaladas en otras experiencias.

Anteriormente a estas mediciones, en 1996, la Universidad Central de Ecuador, con el auspicio de CONADIS e INNFA (Instituto Nacional de la Niñez y la Familia) realiza el Estudio epidemiológico de la Situación Actual de las personas con Discapacidad en el Ecuador (ESADE), con los criterios de la CIDDM – OMS, que arroja como resultados un 48.9% de deficiencia, 13.2% discapacidad y 4.4% de minusvalía.

El cuadro adjunto nos muestra lo señalado líneas arriba.

Discapacidad ECUADOR - PREVALENCIA



Fuente: BID, Equipo de Discapacidad y Desarrollo, 2006
Elaboración propia.

Como en caso de Chile, hay que resaltar la Encuesta SIEH-ENEMDU 2004 pues aporta un material valioso –en la sección 4, dedicada a Discapacidad- para trazar una línea de base de políticas sobre el tema.

El SIEH es un instrumento de Planeación Estratégica que –por primera vez- integró en diciembre 2004 la temática sobre PCD, en una muestra de 19,596 viviendas en 1,633 sectores.

La sub-sección 1 es un Formulario de Actitudes con 12 preguntas referidas a la Discriminación y las Actitudes sociales ante la Discapacidad (trato, visión de las PCD, su aporte al desarrollo, su presencia en el empleo público, su relación con la pobreza, la disposición a darles empleo, arrendarles un espacio o a que sus hijos tengan relaciones con PCD). Las sub-secciones 2 y 3 refieren –

respectivamente- a Deficiencias y Discapacidades, sólo para Niños de 1 a 4 años y 11 meses de edad, y son 15 preguntas que cruzan data sobre diversas discapacidades (motrices, sensoriales, intelectuales y mentales) con evidencias físicas de discapacidad, actitudes y comportamientos de los niños con discapacidad, su respuesta a estímulos, las relaciones con otros y sus debilidades). Así mismo, hay 2 preguntas referidas a Causas de la Discapacidad y a la Atención multisectorial y multidisciplinaria que habrían recibido.

Luego viene una Matriz 1 de Deficiencias por hogar –de mayores de 5 años- basada en 31 preguntas (que determinan deficiencias estructurales o funcionales) y, en quinto lugar, una Matriz 2 de Discapacidades –de mayores de 5 años- con 32 preguntas, que busca identificar cuanto limitan a las personas sus deficiencias, las características y las funciones corporales en participar en la vida comunitaria, la movilidad independiente, el aprendizaje y estudio, el juego y deporte, la higiene y seguridad personal, el trabajo domestico y el trabajo.

Finalmente hay un Modulo de Profundidad –de 69 preguntas- que determina las características geográficas, personales, educativas, laborales y de atención (incluyendo ayudas de diverso tipo) a las personas con discapacidad de los mayores de 5 años. Es muy completa y ha de haber requerido buena formación de quien es la aplicaron en los hogares.

Censo, Estudio y Encuesta en ECUADOR

Evento	Definición utilizada	Pregunta	Prevalencia
ESADE 1996	Deficiencia	CIDDM – OMS Usó el lenguaje de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías –CIDDM-1980 de la OMS.	13.2%
Censo 2001	Deficiencia	¿Tiene alguna(s) limitación(es) física(s) o mental(es)? ¿Ceguera total, sordera total, mudez (sin habla), parálisis (lisiado, desfigurado), deficiencia mental, psiquiátrica (locura), generalizada (deficiencia múltiple, ejemplo sordomudo) u otra?	4.65%
SIEH-ENEMDU 2004	Funcionamiento	Cuestionario extenso y prolijo, con intervención del CONADIS en su preparación, que proporciona valiosa información para una línea de base para políticas sobre PCD.	12.14%

2.5. PERÚ

En Perú se han realizado varias mediciones orientadas a la obtención de datos sobre discapacidad. El Censo de 1981, si bien consideró una pregunta orientada a conocer si alguno de los miembros del hogar tenía alguna deficiencia, no ha registrado los resultados de aquella pregunta.

El Censo de 1993 se realizó con la concepción de la OMS de aquella época, es decir con la Clasificación Internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía – CIDDM, que se basa en el análisis de las consecuencias de la enfermedad, del accidente, de la causal hereditaria, genética y/o biológica. Los resultados reportaron una prevalencia de 1.3%.

A contrapartida, el mismo año, el Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, con apoyo de la OPS, realizó un estudio sobre “Prevalencia de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú”, que dieron resultados con una diferencia abismal, llegando a la conclusión que un 31.28% de la población nacional estaba afectada de alguna discapacidad y un 13.1% estaba en la doble condición de PCD y marginada de servicios fundamentales. El estudio realizado comprendió la visita de sólo 630 viviendas a nivel nacional, la obtención de datos de 3,690 personas y la evaluación clínica de 2,791 personas.

Doce años después, un trabajo conjunto del INEI y CONADIS, trabajó la Encuesta de Hogares de Lima Metropolitana sobre Discapacidad – EHODIS 2005. Esta incorpora la clasificación internacional CIF de la OMS y que arrojó una tasa de Prevalencia en Lima Metropolitana y Callao es de 5.7% (alrededor de medio millón de personas).

Durante el último semestre del 2005, se llevó a cabo la Encuesta Continua (ENCO) a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la cual señala que 8,7%, es decir 2'370,000 peruanos, tienen alguna discapacidad.

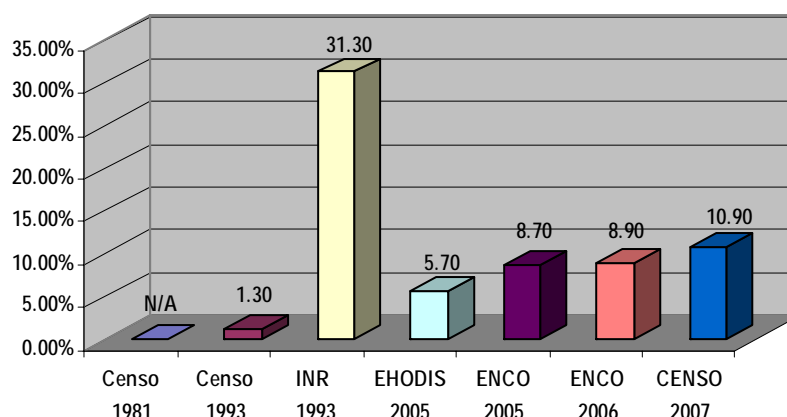
Una vez más estamos frente a dos estudios realizados el mismo año, con resultados opuestos, lo que estaría indicando dificultades serias en el diseño de las preguntas y en la metodología de recojo de la información, y una ausencia de coordinación para lograr que las preguntas filtro sobre discapacidad sea la misma en ambas muestras.

En el 2006 la ENCO da como resultado una prevalencia de 8.9%, encuesta realizada sobre una muestra de 382 mil viviendas a nivel nacional.

Con el cambio de gobierno, fueron cuestionados los resultados generales del Censo por la metodología utilizada y se organizó una nueva medición en el 2007; para el tema de discapacidad se orientó a recabar información, en cada hogar censado, sobre la presencia de algún miembro con discapacidad en ellos.

El gráfico adjunto, muestra los resultados de las prevalencias obtenidos en las diferentes mediciones realizadas en Perú.

Discapacidad PERU - PREVALENCIA



Censos y Encuestas de PERU

Evento	Definición utilizada	Pregunta	Prevalencia
Censo 1981	Deficiencia	Sólo para el Jefe del Hogar: ¿Alguno de los miembros de su hogar es ciego, mudo, sordo, tiene impedimentos físicos u otra deficiencia? De responder SI, pregunte quines son las personas y que deficiencia tienen. Luego en la columna pertinente marque X en uno o más círculos según corresponda: Ciego, Sordo, Mudo, Impedimento físico, otro.	N/A
Censo 1993	Deficiencia	Presenta alguno de los impedimentos siguientes: Ceguera total, sordera total, mudez, retardo mental, alteraciones mentales, polio, pérdida o invalidez extremidades superiores /- inferiores, otro, no presenta impedimento.	1.3%
INR 1993 Investigación	Deficiencia	CIDDM	31.3% discapacidad 45.4% deficiencia 13.1% minusvalía
EHODIS 2005 Encuesta Lima Metropolitana INEI - CONADIS	Funcionamiento	La Encuesta aplicó 2 Cuestionarios: el primero con el objeto de identificar si uno o más miembros de la vivienda tenían alguna discapacidad; de ser así, se prosigue con el segundo cuestionario, dirigido a la persona identificada como parte del objetivo del estudio (en caso ésta no podía expresar su voluntad, la entrevista se dirigía al jefe o jefa de familia. Tomando como base la clasificación CIF – OMS, recavó información sobre limitaciones motrices y de destreza, visuales, en el hábito, en la audición y en el intelecto; así mismo recogió data sobre vivienda, educación, salud, empleo, accesibilidad, integración social y opinión sobre discapacidad.	5.7%
ENCO 2005	Funcionamiento	Cuestionario: CIF	8.7%
ENCO 2006	Funcionamiento	CIF	8.9%
CENSO 2007	Funcionamiento	CIF	10.9% hogares

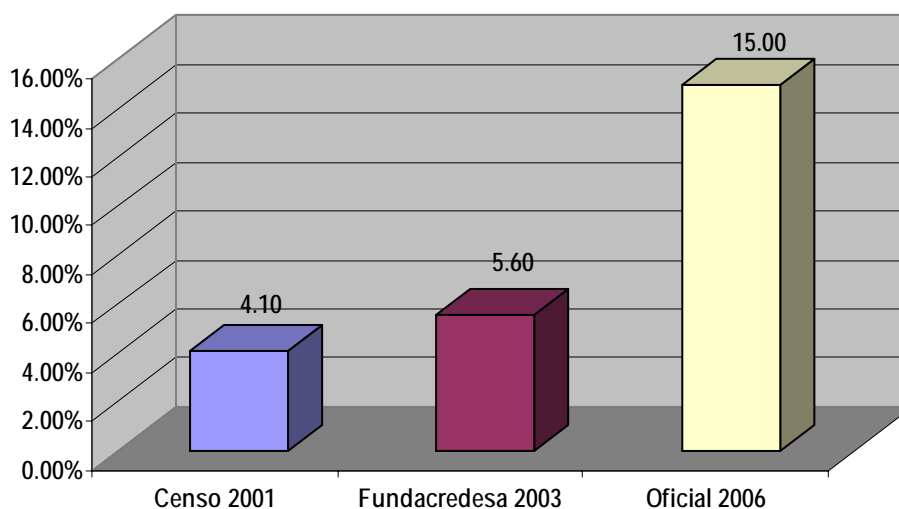
2.6. VENEZUELA

Los registros oficiales sobre prevalencias en discapacidad en Venezuela, datan recién desde 2001, luego de la realización del Censo Nacional de ese año.

Sin embargo, según cifras obtenidas por FUNDACREDESA¹¹, la Prevalencia de Discapacidad en Venezuela está alrededor del 5.6% de la población venezolana para el año 2003, considerando sólo los 4 tipos tradicionales: físico-motora, visual, auditiva e intelectual.

Sin embargo, el Programa de Atención en Salud para las PCD – PASDIS, trabaja con una prevalencia a nivel nacional del 15% (3.5 millones de personas aproximadamente), tasa cuyo origen desconocemos.

Discapacidad VENEZUELA -PREVALENCIA



Censo y Estudios de Venezuela

Evento	Definición utilizada	Pregunta	Prevalencia
Censo 2001	Deficiencia	1) ¿Tiene alguna de las siguientes deficiencias, problemas o discapacidades: Ceguera total, sordera total, retardo mental, pérdida o discapacidad de extremidades superiores /- inferiores, otro? 2) ¿Requiere el uso de silla de ruedas?	3.9%
		<i>El Informe Regional de las Américas 2004 registra como resultado del Censo 2001, 4.4% de la población total. Añade que el Consejo Nacional para la Integración de Personas Incapacitadas (CONAPI) estima en un 6% la población con discapacidad; y, el Programa Especial de Análisis de Salud de la OPS, sugiere una tasa que oscila entre el 12% y 14%.</i>	
FUNDACREDESA 2003		Estudio sobre prevalencias	5.6%
Cifra base Oficial 2006		PASDIS hace referencia a Cifras Oficiales de prevalencia sobre discapacidad (3.5 millones de personas)	15%

¹¹ La Fundación Centro de Estudios Sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa) fue fundada por decreto presidencial N° 1671 de 13 de julio de 1976; es un ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social, encargado de realizar estudios integrales sobre las poblaciones humanas, estratificadas socialmente mediante el método Graffar Méndez Castellano.

A MODO DE CONCLUSION: UNIFORMIZAR CONCEPTOS Y GENERAR DATA CONFIABLE Y CONTÍNUA

Este es un punto fundamental del tema de la discapacidad: data basada en conceptos uniformes, que sea confiable y certera, que permita establecer líneas de base y fijar pilares para diseñar políticas sobre Discapacidad y poder evaluarlas, con un seguimiento de la evolución de esa data en el tiempo. Así lo resalta la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.

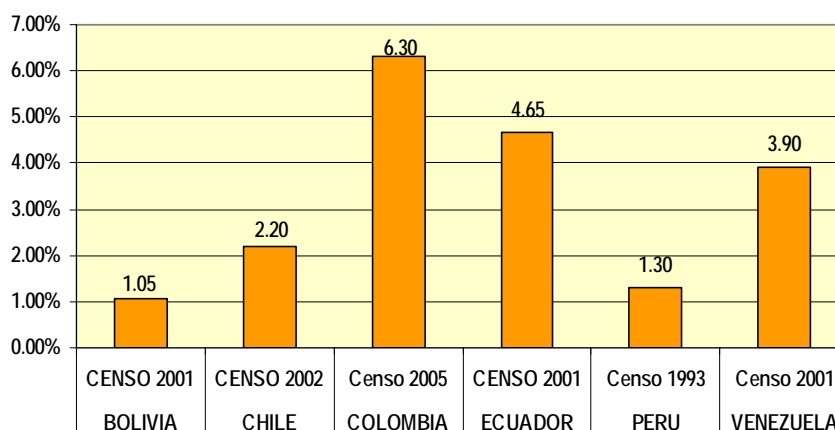
En general, se registran problemas en los Censos. Las Encuestas parecen tener mejores resultados, quizás porque son mas específicas, dedican más espacio al tema, y tienen personal mejor capacitado. Las experiencias más interesantes parecen ser las **Encuestas sobre Discapacidad** de Chile y Ecuador, aunque hay una evidente evolución al respeto en los países materia de estudios especializados en la materia.

Establecer comparaciones entre estudios con enfoques y conceptos diferentes es altamente riesgoso. A pesar de ello, presentaremos los casos de los censos y contrastaremos las diferencias arrojadas entre los censos y las encuestas y/o estudios en diferentes países.

En los países de la ORAS-CONHU, los datos obtenidos a través de los **Censos**:

- Todos los Censos, a excepción de Colombia (que usa el concepto avanzado que es el de funcionamiento), utilizan el concepto de deficiencia, que ya fue abandonado por la OMS.
- Los 6 países andinos de la ORAS – CONHU presentan tasas de prevalencia de discapacidad bastante menores al 10%, valor considerado por la OMS como tasa promedio mundial. Cinco de los 6 países oscilan entre 1% y 4.65%, menos de la mitad de la tasa promedio de la OMS.

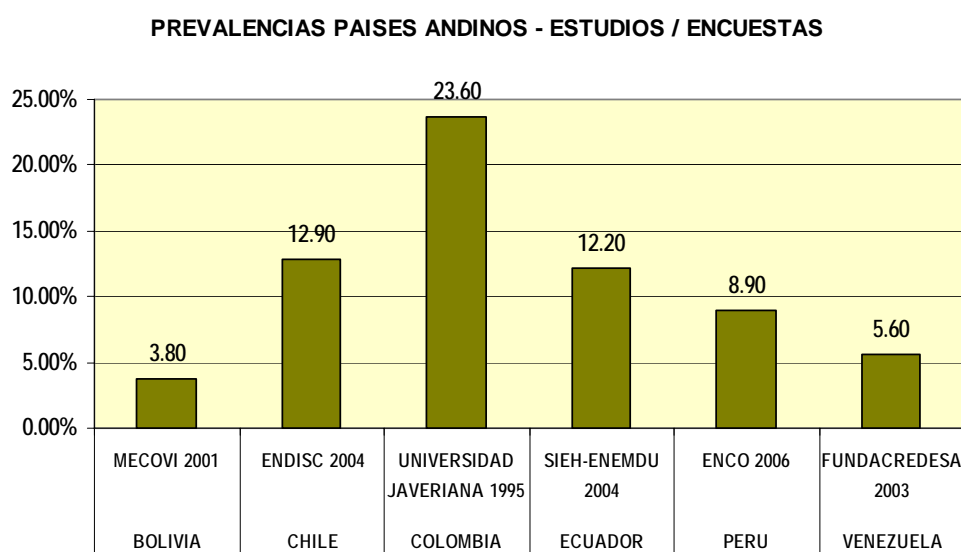
PREVALENCIAS PAISES ANDINOS - CENSOS NACIONALES



- Contrastan los resultados entre países que tienen similar volumen de población, caso de Ecuador y Chile, la tasa del primero es más del doble respecto del segundo; mientras que entre Venezuela y Perú, el primero triplicaría los porcentajes del Perú.
- Los valores extremos están en Colombia (6.3%) y Bolivia (1.05%).
- En la casi totalidad de casos, los censos no han sido tomados por los Estados como elemento definitorio de la línea de base para trazar sus políticas sobre discapacidad (casos explícitos de Chile, Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela).

Resulta evidente que la información no permite comparaciones y adolece de serios problemas. Pero además que debiera reformularse el manejo de los Censos en este tema a efecto de que sean instrumentos útiles para la política sobre discapacidad. Un intercambio entre los países de la ORAS-CONHU sobre este tema sería positivo.

En tanto, las **Encuestas** sobre discapacidades nos dan los siguientes datos:

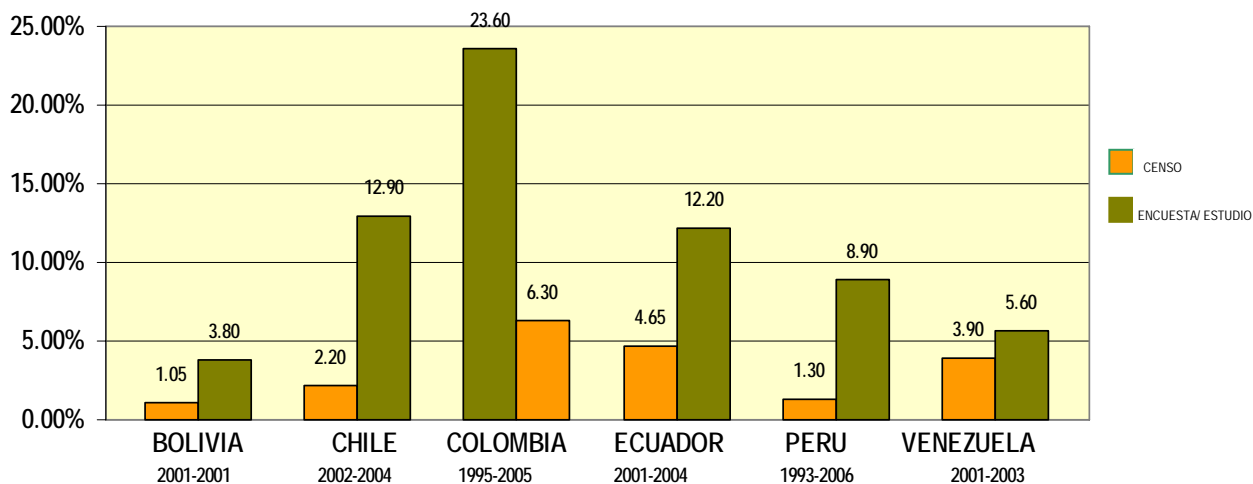


Y tienen las siguientes características:

- Todas, excepto Bolivia y Colombia (que mantienen el concepto de deficiencia), utilizan el enfoque moderno de **funcionamiento**.
- Sólo Bolivia, Perú y Venezuela presentan una tasa de prevalencia inferior a la tasa promedio del 10% de la OMS.

- Los porcentajes más altos corresponden a Colombia (23.6%), Chile (12.9%) y Ecuador (12.14%).
- Lo que observamos es que hay tendencia a obtener datos más altos en las Encuestas / Estudios que en los Censos, tal como se puede apreciar en el cuadro adjunto.
- Todos los censos difieren de las encuestas o estudios especializados realizados en los respectivos países.

PREVALENCIAS PAISES ANDINOS: CENSOS VS. ENCUESTAS / ESTUDIOS



El intercambio de experiencias en esta materia y los esfuerzos por extender las mejores prácticas y uniformizar conceptos, en este terreno, resultan asuntos fundamentales para trazar normas y políticas que defiendan y promuevan los derechos de las PCD. Sería importante que el ORAS-CONHU pudiera promover este intercambio y seminario-taller sobre el tema, así como la construcción de un Banco de Datos sobre el tema.

Así mismo sería interesante un estudio en profundidad sobre las metodologías empleadas en los diversos censos y estudios/encuestas existentes, con participación multisectorial, y –especialmente- de los organismos nacionales que manejan los censos y encuestas, los organismos de salud, órganos rectores de las políticas sobre PCD y especialistas de las organizaciones de PCD.

Estas son dos recomendaciones centrales.

3. DEFINICIONES QUE HACEN A LA DISCAPACIDAD EN LOS PAÍSES DEL ORAS-CONHU.

En este acápite nos referiremos a las definiciones que fueron utilizadas para las Encuestas ya mencionadas, el Estudio realizado en Chile y el Censo en Venezuela que han establecieron las prevalencias de discapacidades en los países del ORAS-CONHU. Todos, excepto Bolivia y Venezuela, se basaron entonces ya en las categorías CIF (aplicado desde mediados 2001) con un enfoque más social y de derechos integrales. Luego, tanto Bolivia como Venezuela han asumido el enfoque CIF, aunque con los estudios que analizamos no lo hicieron.

3.1. BOLIVIA

Las definiciones adoptadas en la Ley 1678, Ley de la Persona con Discapacidad, y los aportes de las organizaciones representativas de las PCD fueron la base para la confección de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998, del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y de la Encuesta MECOVI 2001.

La Ley 1678 establece las siguientes definiciones (previas a las categorías CIF, usa las categorías CIDDM que se mantuvieron hasta el 2001, cuando menos):

- **DEFICIENCIA:** Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **DISCAPACIDAD:** Es toda pérdida o anormalidad, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- **MINUSVALÍA:** Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita e impide el desempeño de un rol que es normal, en función de la edad, del sexo, y de los otros factores sociales y culturales concurrentes.
- **REHABILITACIÓN:** Es el proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminado a permitir que un apersona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y social óptimo, proporcionándole así los medios que le posibiliten llevar en forma independiente y libre su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función

- o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajuste sociales.

La conceptualización de la nueva Constitución Boliviana sometida a Referéndum el 2009 sí adopta las categorías CIF.

3.2. CHILE:

Es el **Primer Estudio Nacional de la Discapacidad – ENDIS 2004**, llevado adelante por el INE y FONADIS, el que adopta una definición en el marco de la CIF de la OMS.

- o "**Discapacidad** es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)".
- o En este sentido **Persona con discapacidad** sería aquella persona que presenta deficiencias de sus funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en sus actividades y restricciones en su participación, como resultado de la interacción negativa de su condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales) en los que se desarrolla.

3.3. COLOMBIA:

Colombia no es ajena a la nueva tendencia que marca la CIF. Si anteriormente los censos realizados en ese país, venían utilizando el enfoque de deficiencia (CIDDM), el **Censo General de 2005** lo hace desde la perspectiva de Limitaciones (CIF). Siendo este su marco teórico orientador, Colombia usa el concepto

- o **LIMITACIONES** como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. El término discapacidad como componente es sustituido a partir de 2001 por el de limitaciones según CIF

3.4. ECUADOR

En la última Encuesta del Sistema Integrado de Encuestas de Hogares y la Encuesta de Empleo y Desempleo, **SIEH-EMENDU 2004**, realizada por el **INEC y CONADIS**, señalan la perspectiva conceptual del estudio en base a la clasificación de la CIF – OMS y hacen las siguientes definiciones:

- **DISCAPACIDAD:** Es toda “limitación” en la “actividad” y “restricción en la participación”, que se origina en una “deficiencia” y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social.
- **DEFICIENCIA:** Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, incluidas las funciones mentales.
- **LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD** son las dificultades permanentes que tiene una persona para realizar sus actividades cotidianas acorde a su edad, sexo y contexto cultural, debido a una deficiencia.

3.5. PERÚ

El Censo Nacional 2007, que es el último realizado en dicho país, y las Encuestas Nacionales Continuas – ENCO 2005 y 2006, tuvieron su base conceptual en la clasificación CIF –OMS:

- **Persona con discapacidad**, es aquella que tiene alguna dificultad permanente física o mental, que limita una o más actividades de la vida diaria.

3.6. VENEZUELA

La definición de discapacidad acorde con la clasificación CIF está consignada en la nueva ley venezolana¹², sin embargo ello aún no se traduce en una medición a nivel nacional del Instituto Nacional de Estadística – INE. Sin embargo ese nuevo enfoque si se utiliza en los programas y acciones sobre discapacidad en dicho país.

CONCLUSIONES:

Si bien Chile, Perú, Ecuador y Colombia utilizaron en sus mediciones la conceptualización CIF, de funcionalidad; y Bolivia y Venezuela mantuvieron los conceptos CIDDM, de deficiencias, con más limitado a lo médico, hoy los países de la ORAS - CONHU han avanzado en uniformizar conceptos y usar la conceptualización CIF.

¹² Art. 5, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 d enero de 2007, Ley para las Personas con Discapacidad

4. DATA SOBRE LA PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN CADA PAÍS DE LA ORAS-CONHU

Como hemos visto, las mediciones realizadas en los países del ORAS-CONHU, en diferentes años, con criterios de clasificación diferentes, algunos en base a la CIDDM y otros a la CIF, no hacen posible la comparación entre los países, amén de la diferencia en la batería de preguntas contenidas en los cuestionarios, tal como hemos consignado líneas arriba.

Es decir, al diferir la conceptualización utilizada no se puede efectuar análisis comparativos ni rigurosos de las tasas de discapacidad, ni por país ni entre países en relación a número de PCD, tipos de discapacidad (motriz, sensorial –con subdivisión auditiva y visual y mental o psíquica), por genero, por edades, por rural/urbano, por nivel de ingresos o indicadores socioeconómicos, educación, salud, pobreza, etc.

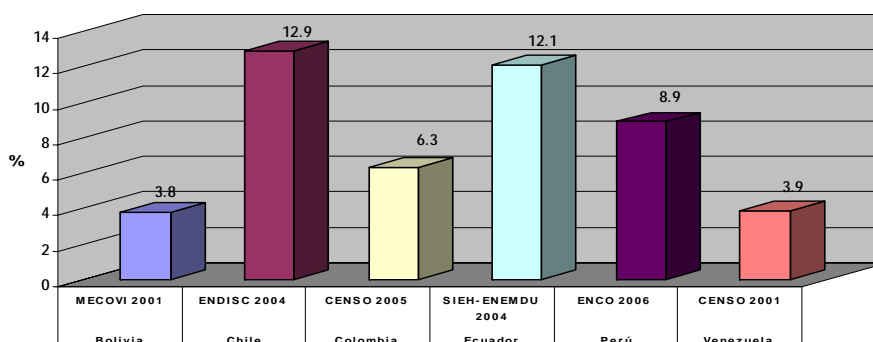
Aún así, buscaremos dar una visión sobre las prevalencias de cada país, dentro de las limitantes señaladas.

4.1. PREVALENCIAS SOBRE DISCAPACIDAD EN LOS PAISES DEL ORAS-CONHU

En el gráfico adjunto podemos observar las prevalencias sobre discapacidad en los diferentes países integrantes de la ORAS-CONHU. Las mediciones han sido realizadas en años diferentes, Bolivia y Venezuela en el 2001; Chile y Ecuador en el 2004; Colombia en el 2005 y Perú en el 2006. Es decir, casi todas las mediciones han sido realizadas en el primer quinquenio de los Censos Ronda 2000 y con dos concepciones de clasificación de la discapacidad diferente, los del año 2001 con la orientación de la CIDDM, y los otros, con el criterio estandarizado y más avanzado de la CIF.

Más adelante presentaremos data de PCD por sexo, edad, nivel educativo, empleo, tipo de discapacidad, etc

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN LOS PAISES DE LA ORAS - CONHU



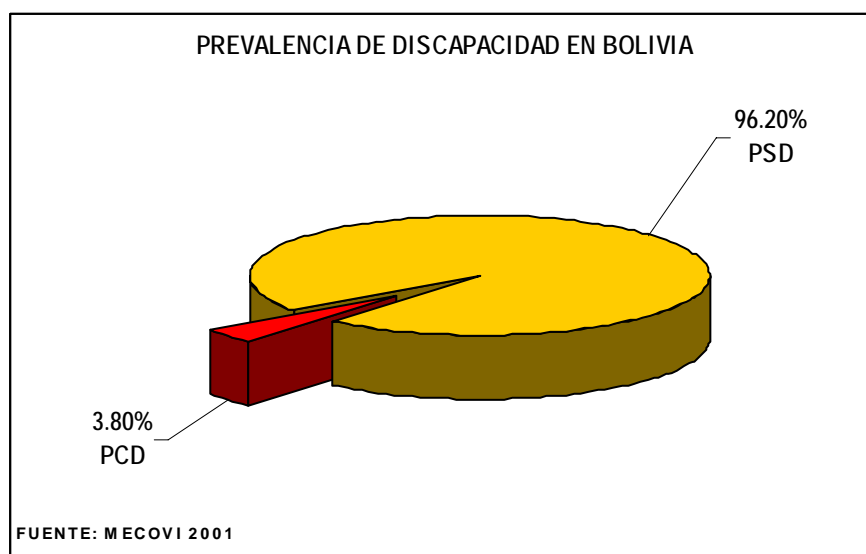
POBLACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR PAIS ANDINO Y PREVALENCIAS

PAIS	FUENTE	CLASIFICACION	PREVALENCIA	PCD	POB TOTAL
Bolivia	MECOVI 2001	CIDDM	3.8	314,424	8,274,325
Chile	ENDISC 2004	CIF	12.9	2,068,072	15,998,873
Colombia	CENSO 2005	CIF	6.3	2,581,032	41,000,000
Ecuador	SIEH-ENEMDU 2004	CIF	12.1	1,608,334	13,243,984
Perú	ENCO 2006	CIF	8.9	2,422,514	27,219,264
Venezuela	CENSO 2001	CIDDM	3.9	907,694	23,054,210
TOTAL:				9,943,696	128,968,999

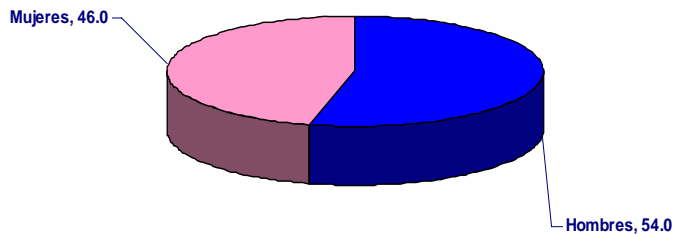
Reiteramos que en unos casos la data proviene de encuestas y en otros de censos, pero usamos las que formalmente sirven de base para la aplicación de políticas referidas a PCD en sus respectivos países. Se trata de la data más actualizada y emanada de los entes estatales.

4.1.1. BOLIVIA

La Encuesta **MECOVI 2001**, proporciona una prevalencia de discapacidad de 3.8% (314,424 PCD) del total de la población boliviana.

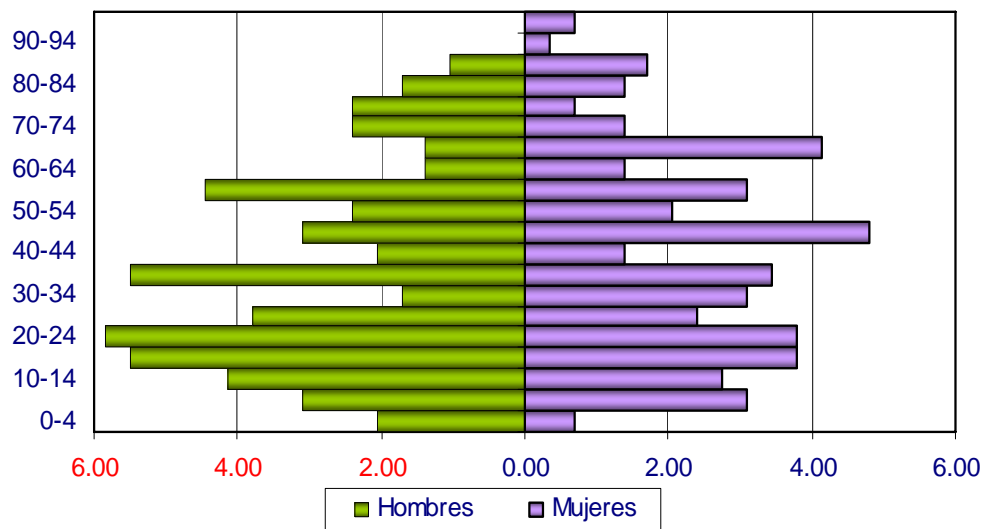


En la **MECOVI 2001**, la discapacidad **por género**, presenta un mayor porcentaje en hombres: 54% de las PCD, mientras las mujeres serían el 46% del total. Los tipos de discapacidad más frecuentes en los hombres son los físicos (42%), siguiendo los auditivos y/o de habla (23%), mentales (12%), y los de tipo visual (12%). En las mujeres los más frecuentes son también los físicos (35.5%), siguiendo los mentales (23.5%), auditivos y/o de habla (21%) y los visuales (11%).



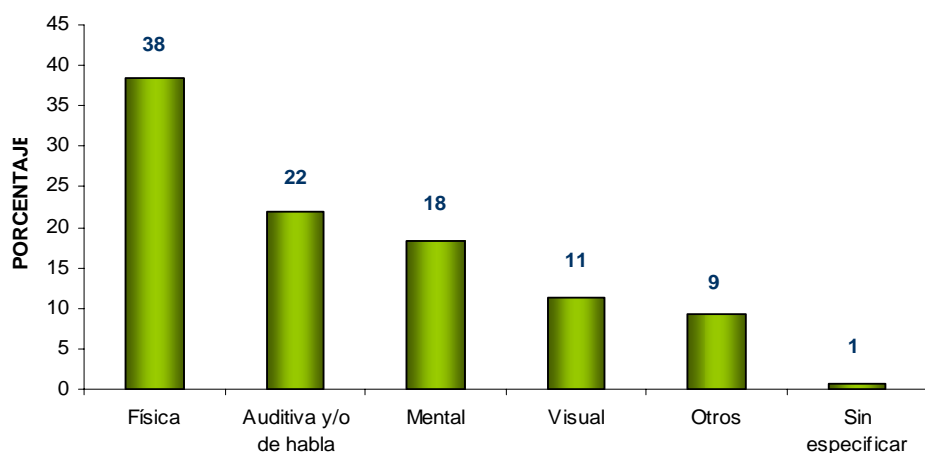
Fuente: MECOVI 2001

La discapacidad por grandes **grupos de edad**: el 65% de PCD corresponde al grupo de 15 a 64 años de edad (discapacidades de tipo físico, seguido de la auditiva y/o habla y la mental); 16% de PCD está en edades de 0 a 14 años donde predominan las mentales, las auditivas y/o de habla, las físicas y las de tipo visual. En los mayores de 65 años (19%), destacan las visuales, las físicas, las auditivas y/o de habla y finalmente las mentales



FUENTE: MECOVI 2001

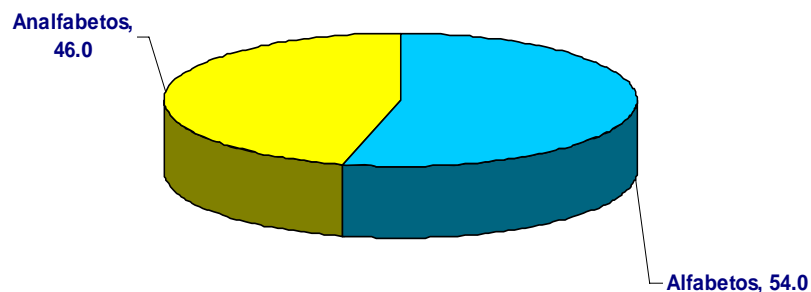
En cuanto al total de PCD registrada por **tipo de discapacidad**, esta se distribuye en deficiencias de tipo físico con el 38.5%, problemas auditivos y/o de habla con el 22%; deficiencias de tipo mental con el 18% y las deficiencias de tipo visual con el 11%. Las otras formas de discapacidad no clasificadas en las anteriores alcanzan al 9 por ciento del total.



FUENTE: MECOVI 2001

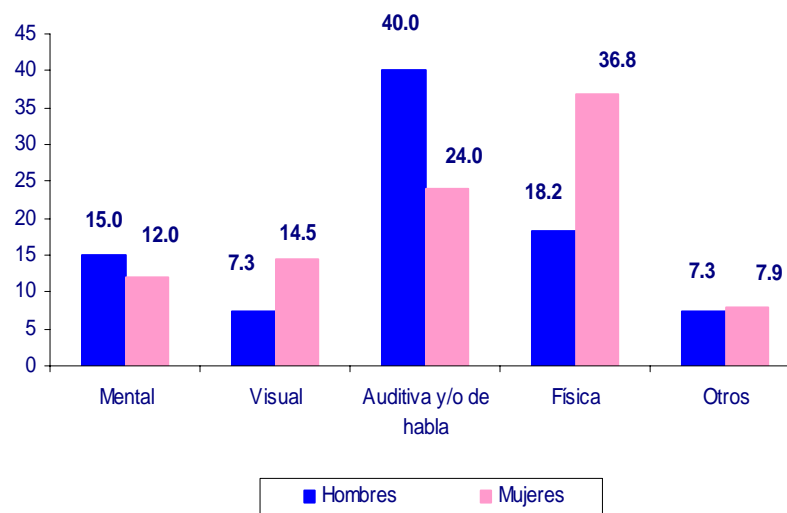
Sobre la **condición de alfabetismo** de la población de 5 años o más, la Encuesta **MECOVI 2001** muestra que 54% del total de la población con discapacidad declaró saber leer y escribir. El 46% dijo no saber leer ni escribir, predominando aquellos que tienen problemas auditivos y/o de habla, seguido de los físicos, mentales y visuales. Del total de analfabetos el 42% son hombres y el 58% mujeres. En las PCD de sexo masculino el analfabetismo es mayor en los que tienen problemas auditivos y/o de habla (40%) y en los que tienen dificultades físicas (18.2%); mientras que, en las mujeres el analfabetismo es más frecuente en las que presentan problemas físicos (36.8%) y luego en las que tienen dificultades auditivas y/o de habla (24%)

PCD DE 5 AÑOS O MÁS POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO



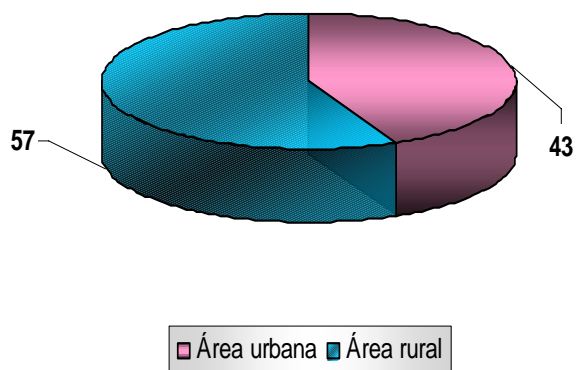
Fuente: MECOVI 2001

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PCD ANALFABETA POR GÉNERO



Fuente: MECOVI 2001

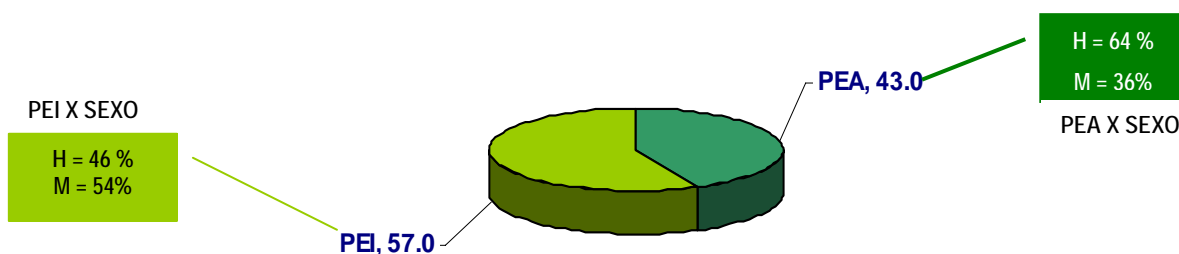
Para tener una aproximación de la **distribución espacial por área** de las PCD, recurrimos a la información procesada en el **Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001**, De un total de 1'977,665 hogares particulares, solo en el 3% registró al menos una persona con discapacidad física (61,145 hogares), de los cuales el 43% están ubicadas en las áreas urbanas y 57%, en las áreas rurales.



Fuente: CENSO 2001

MECOVI 2001 registra que el 43% de las PCD son **población económicamente activa (PEA)** en edad de trabajar, mientras el 57% está inactivo. En el total de la población activa con discapacidad, la participación masculina (64%) predomina sobre la femenina (36%).

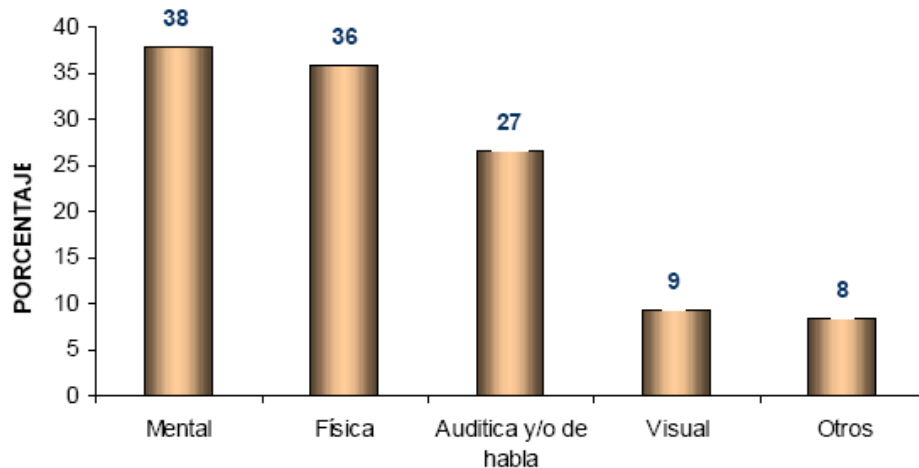
La población económicamente inactiva (PEI) con discapacidad, está conformada por una mayor proporción de mujeres (54%) que de hombres (46%). En las PCD masculina, tienen mayor incidencia los problemas de tipo físico, mental y auditivo y/o de habla; mientras que en la población femenina los que predominan son los problemas de tipo físico, auditivo y/o de habla y los de tipo visual.



Fuente: MECOVI 2001

MECOVI 2001, también permite clasificar las PCD en “**pobres**” y “**no pobres**”. Pobre es la persona que no satisface, por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias. Del total de PCD, casi las dos terceras

partes se encuentra en condiciones de pobreza (66%) y el 34% es no pobre. El 38% de las PCD pobres tienen problemas mentales, luego el 36% tienen problemas de tipo físico y los que tienen dificultades auditivas y/o de lenguaje son 27%. El menor porcentaje de pobres (9%) se encuentran entre los que tienen discapacidades visuales. Ver cuadro adjunto.



Fuente: MECOVI 2001

4.1.2. CHILE

El **Primer Estudio Nacional de la Discapacidad - ENDISC 2004**, realizado por el INE y el FONADIS, marca un punto de partida y termina con un dilema de mediciones anteriores sobre discapacidad, que daban resultados muy disímiles.

El estudio se trazó el objetivo de *“realizar una encuesta de carácter nacional, urbano y rural, sobre la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados; y la medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de su vida”*. Para ello, tanto la concepción de la captación de información como los instrumentos de recolección de ella están basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF de la OMS.

En **Chile** las PCD representan un 12.93% de la población total del país, es decir 2'068,072 personas (1 de cada 8 chilenos son PCD).



Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

Género

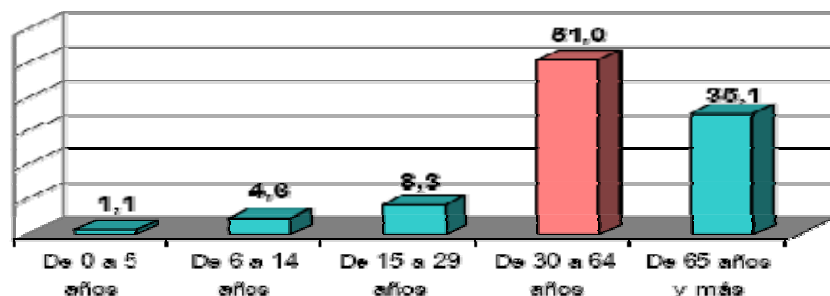
En Chile, el 50.5% de la población general son mujeres y el 49.5% hombres. Entre las PCD el 58.2% (1'204,576) son mujeres y sólo el 41.8% (863.496) son varones. A nivel nacional, 1 de cada 7 mujeres tiene discapacidad y 1 de cada 9 hombres presenta esta condición.



Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

Edad

Del total de PCD, 117,453 son menores de 14 años, de las cuales sólo 22,730 son niños entre 0 y 6 años. En tanto el 50.9%, de las PCD (1'054,014), se encuentran en entre 30 y 64 años y el 85.4% de las PCD en Chile, 1'779.325 personas, tiene más de 29 años.



Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

En la distribución de los rangos de edad según sexo, se puede ver que los hombres son un número mayor que las mujeres en los dos primeros intervalos de edad, es decir, de 0 a 14 años. Situación que se revierte cuando se alcanza la edad productiva: las mujeres con discapacidad superan por mucho a los varones con discapacidad.

PREVALENCIA DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO				
	TOTAL	TASA POR 100 HABITANTES	HOMBRES	MUJERES
0 a 5	22.730	1.1	13264	9.466
6 a 14	94.723	4.7	57.239	37.484
15 a 29	171.294	8.3	85.152	86.142
30 a 64	1.054.014	50.9	422.259	631.755
65 y más	725.311	35.0	285.582	439.729
TOTAL	2.068.072	100	863496	1204576

Fuente: ENDIS Chile 2004, Fonadis

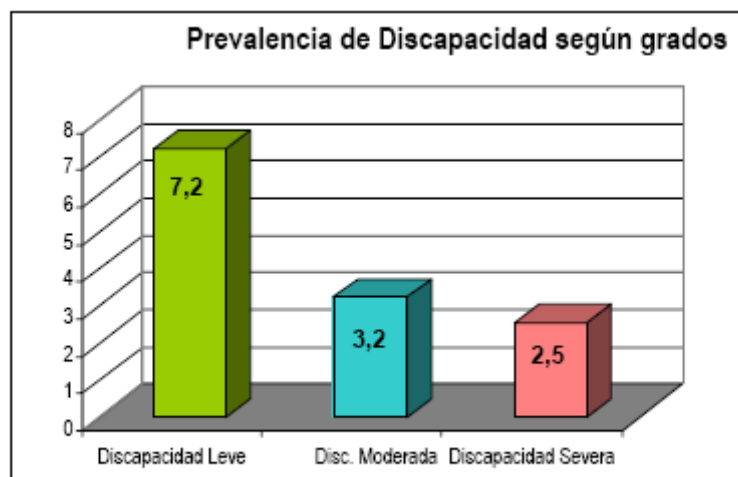
La **ENDISC 2004**, también muestra que la tasa de prevalencia en los menores de 15 años es de 3.2%, es decir 4 veces menos que la población general, 3.5 veces menos que la población entre 15 y 64 años cuya prevalencia es 11.5%, y 13.4 veces menos que en los mayores de 65 años cuya prevalencia es de 43.4%. Es decir en Chile, de cada 5 adultos mayores 2 son PCD, tema que deberá ser tomado en cuenta para la aplicación de sus políticas preventivas.

PREVALENCIA DISCAPACIDAD POR GRUPOS DE EDAD			
Grupo de Edad	PcD	Población Total	TASA
0-14 AÑOS	117.453	3.644.341	3.2
15-64	1.225.308	10.684.509	11.4
65 Y mas	725.311	1.670.023	43.4

Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

Discapacidad según grados de severidad:

Del total de la población chilena, tenemos que 1'150,133 de personas (7.2%) presenta un grado leve de discapacidad; 513,997 personas (3.2%) un grado moderado y 403,942 (2,5%) un grado severo de discapacidad.

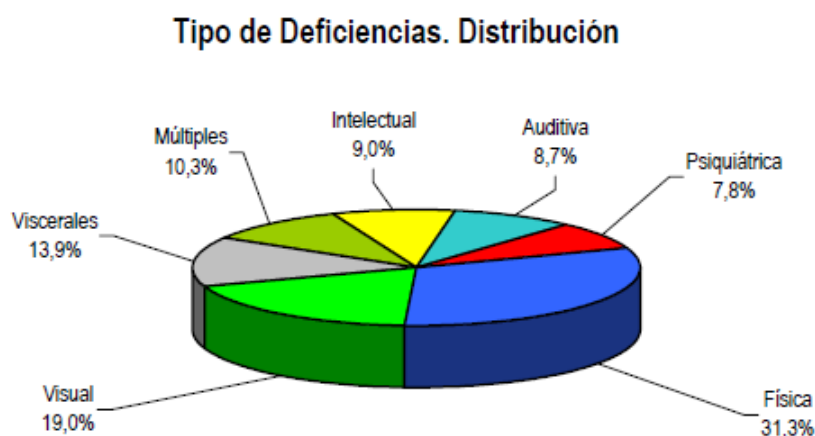


Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

Tipo de deficiencias

La **ENDISC 2004** al estudiar los tipos de deficiencias en las PCD, tiene los siguientes resultados.

Las deficiencias físicas (movilidad, parálisis, amputaciones, etc.) representan 31.2% de las deficiencias. Siguen las visuales (18.9%), las de tipo visceral (referidas a daños crónicos y graves del sistema respiratorio, cardiaco, digestivo, genitourinario, endocrino, etc) que son el 13.9%. Un alto porcentaje de PCD dice padecer múltiples déficit (10.26%), es decir de 3 ó más deficiencias. Luego están las deficiencias intelectuales (9.0%), las auditivas (8.7%), las psiquiátricas (7.8%).



Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

TIPOS DE DEFICIENCIAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
	N° Deficiencias	% Deficiencias
Física	1.048.347	31,2
Intelectual	301.591	9
Visual	634.906	18,9
Auditiva	292.720	8,7
Psiquiátrica	262.151	7,8
Viscerales	466.584	13,9
Multidéficit	343.797	10,2
TOTAL DEFICIENCIAS	3.350.096	100%

Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

La cifra de 3'350,096 corresponde al total de deficiencias, pues en la ENDISC 2004 algunas personas contestaron más de una deficiencia.

Educación:

Según la encuesta, sólo el 8% de las PCD se encuentra estudiando, datos que podemos observar en el siguiente cuadro.

DISCAPACIDAD Y EDUCACIÓN

SITUACIÓN ACTUAL DE ESTUDIOS. FRECUENCIAS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL. CHILE 2004				
	TOTAL POBLACIÓN		PcD	
No Estudia	11.604.697	72,53%	1.892.790	91,52%
Estudia	4.394.176	27,46%	175.282	8,48
Total	15.998.873	100%	2.068.072	100%

Así mismo, la ENDISC anota que 9.8% no tiene ningún año de estudio aprobado.

Según el Ministerio de Educación, en Chile 104.160 alumnos con necesidades educativas especiales reciben apoyos especializados de los cuales 83.414 asisten a Escuelas Especiales; 20.746 son alumnos de escuelas y liceos con proyectos de integración. Si se consideran 68.820 de grupos diferenciales, suman 172.980 alumnos, un 4,77% del total de la matrícula del país.

Escuelas Especiales	Escuelas y Liceos de Integración	Grupos Diferenciales	Total de alumnos con apoyo	Porcentaje de matrícula del país
83.414	20.746	68.820	172.980	4.77%

Fuente: MINEDUC "Nueva Perspectiva y Visión de la Educación Especial, Informe de la Comisión de Expertos", 2004

Distribución territorial de la discapacidad

En las zonas urbanas está concentrado el 83.8% (1'730,612) de PCD mientras que en la zona rural está el 16.2% (337,460). Si se hace una desagregación por grados de discapacidad, puede observarse que en las zonas urbanas disminuye el porcentaje de PCD a medida que aumentan los grados de severidad. A contrapelo, en las zonas rurales el porcentaje de PCD aumenta en la medida que aumentan los grados de severidad de discapacidad.

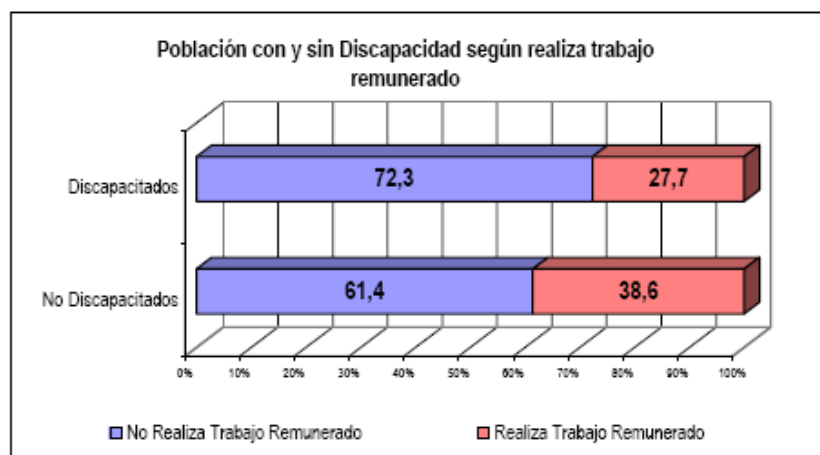
DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA Y GRADOS				
	Leve	Moderada	Severa	Total
Urbana	84,7	83,5	81,1	83,6
Rural	15,3	16,5	18,9	16,3
	100	100	100	100

Fuente: ENDISC Chile 2004, Fonadis

Área	PcD	Tasa	Población Total
Rural	337.460	15.5	2.158.474
Urbana	1.730.612	12.5	13.840.399
TOTAL	2.068.072	12.9	15.998.873

Trabajo

Mientras que el porcentaje de personas sin discapacidad que realizan trabajo remunerado llega al 38.6%, el porcentaje de PCD que realizan esta actividad es equivalente al 27.7% de la población nacional; es decir una diferencia de 10 puntos porcentuales. Los datos son promediados en base a la población nacional y no en base a las personas en edad productiva.



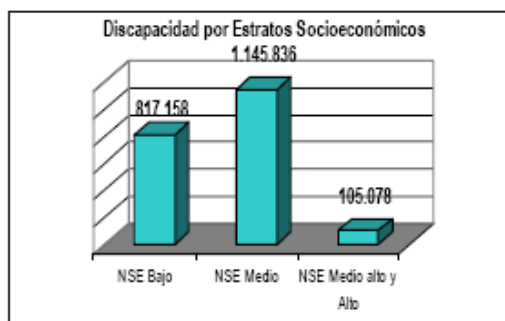
Fuente: ENDIS Chile 2004, Fonadis

Estratificación Socioeconómica:

Casi un 40% de las personas con discapacidad enfrentan una situación de mayor precariedad social, lo que representa 817,158 PCD en Chile. Más de la mitad de PCD (55.4% - 1'145,836 personas) se encuentra en condición socio económica media; y, sólo el 5.1% (105,078) se encuentran el situación socioeconómica alta.

	Frecuencia	%
NSE Bajo	817.158	39,5
NSE Medio	1.145.836	55,4
NSE Medio alto y Alto	105.078	5,1
Total	2.068.072	100

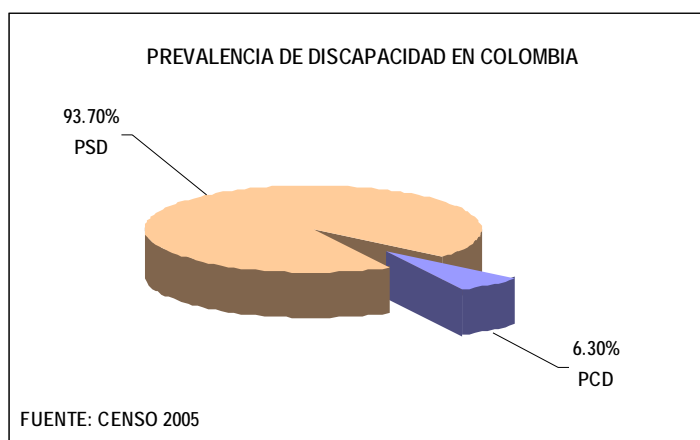
Fuente: ENDIS Chile 2004, Fonadis



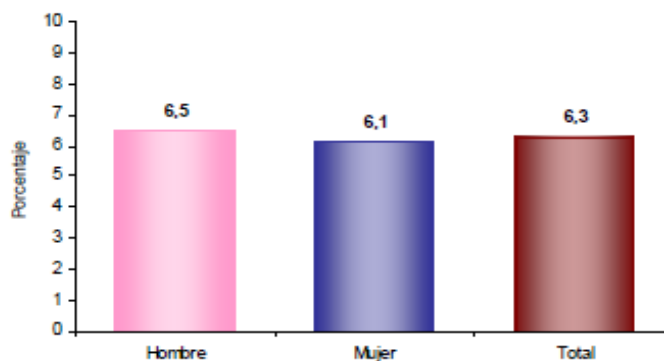
Fuente: ENDIS Chile 2004, Fonadis

4.1.3. COLOMBIA

La información procesada por el **DANE 2005** señala:

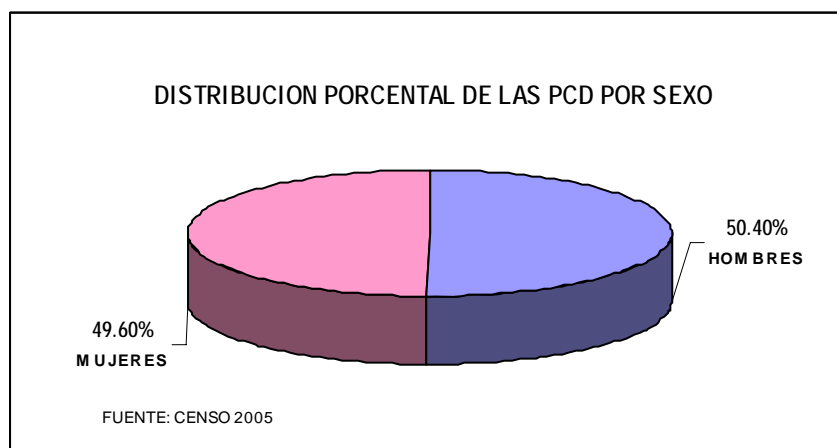


De acuerdo con los datos del Censo General del 2005, la tasa de Prevalencia para el total de la población es de 6.3% (2'581,032 PCD), siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%).

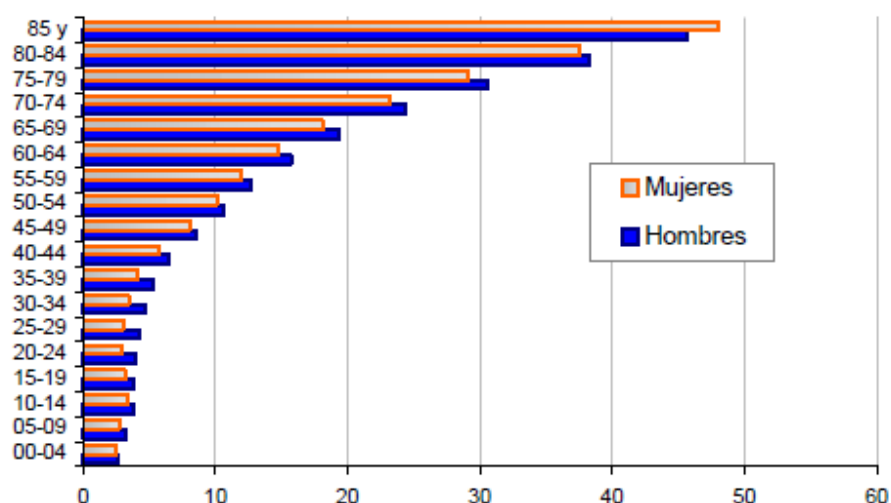


FUENTE: CENSO 2005

Si se hace la clasificación porcentual de las PCD por **género**, los resultados del **DANE 2005** presentan un 50.4% (1'300,520 PCD) de población masculina con discapacidad frente a un 49.6% (1'280,512 PCD) de la femenina.

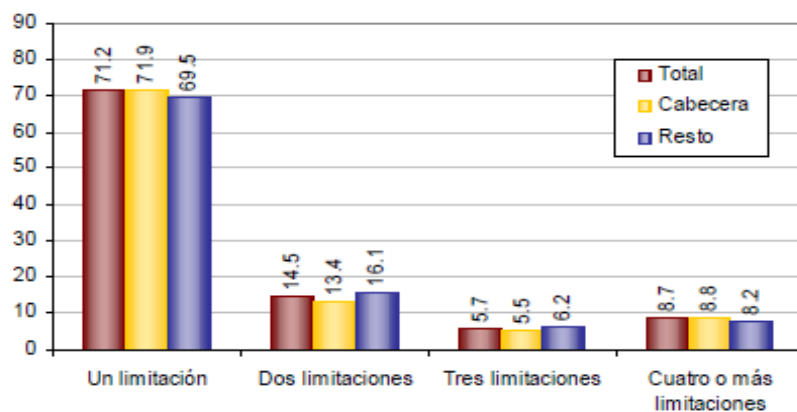


En cuanto a las **limitaciones por grupos de edad y género**, el Censo 2005 reporta una Prevalencia mayor de limitaciones permanentes en la población adulta y es mayor en hombres, excepto en el grupo de 85 años y más. Así, en el grupo de 50 a 54 años, el 10,6% de los hombres y el 10,1% de las mujeres presentan limitaciones permanentes, mientras que en el grupo de 80 a 84 años, es el 38,3% de los hombres y el 37,6% de las mujeres que presentan esta condición.



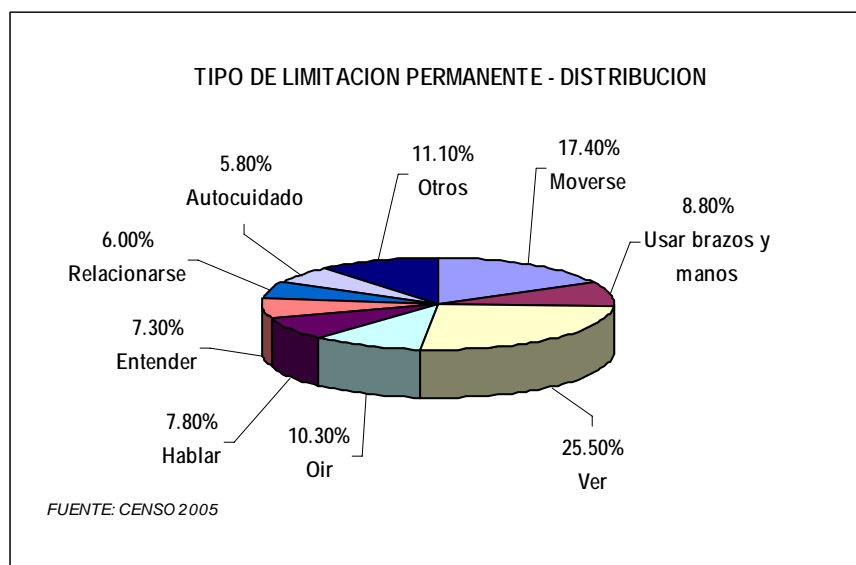
FUENTE: CENSO 2005

Teniendo en cuenta el **número de limitaciones** por persona, el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes.



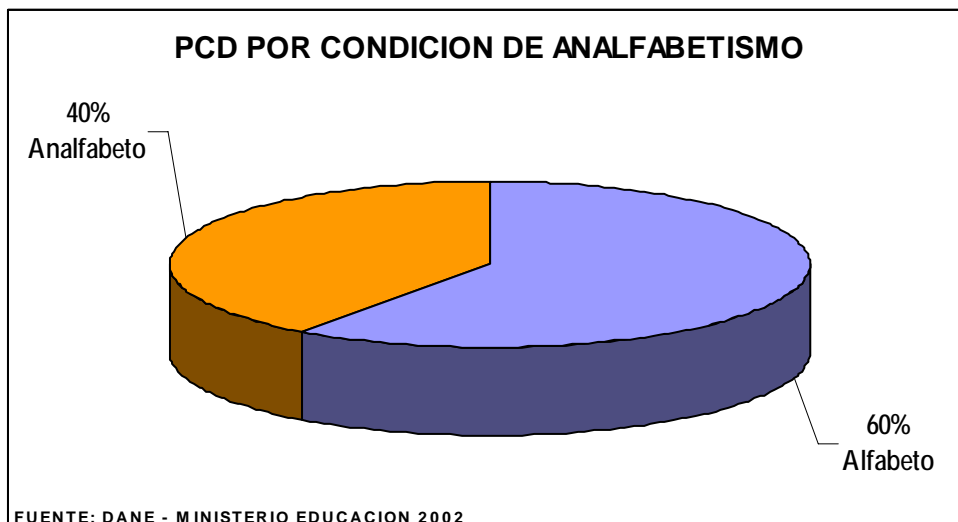
Tipo de Limitación:

Del total de personas que reportaron alguna limitación en Colombia, el 29.3% poseen limitaciones para moverse o caminar, el 14.6% para usar brazos y manos, el 43.4% para ver a pesar de usar lentes o gafas, el 17.3% para oír aun con aparatos especiales, el 13.0% para hablar, el 11.7% para entender o aprender, el 9.4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9.9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo (autocuidado) y el 18.8% presentan otra limitación.



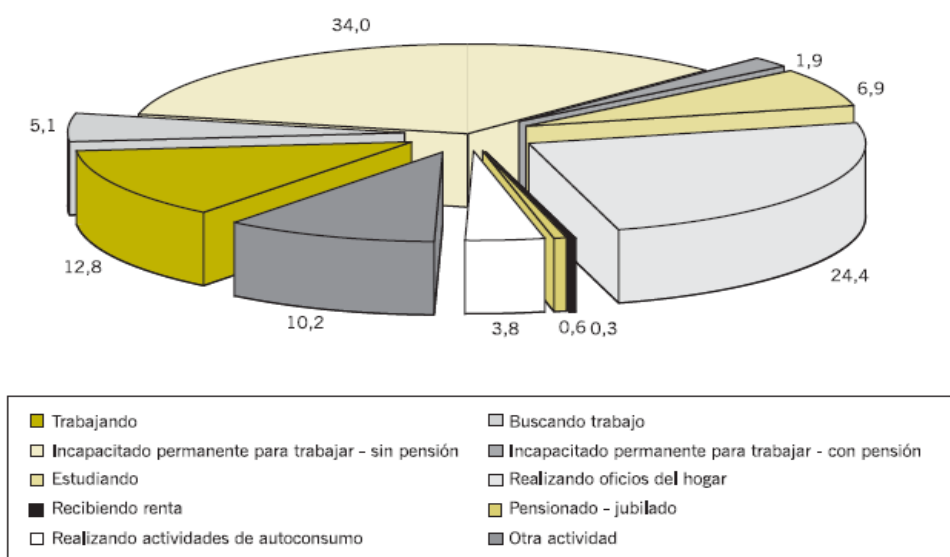
TIPOS DE LIMITACIONES PERMANENTES EN PC		
	Nº Limitaciones	% Limitación
Moverse o caminar	761,404	17.40
Usar brazos y manos	384,574	8.80
Ver a pesar de usar gafas	1,115,006	25.50
Oír, aun con aparatos especiales	449,100	10.30
Hablar	340,696	7.80
Entender o aprender	317,467	7.30
Relacionarse con los demás	260,684	6.00
Autocuidado	252,941	5.80
Otra limitación permanente	485,234	11.10
TOTAL LIMITACIONES	4,367,106	100.00

Sobre la **condición de alfabetismo**, la Encuesta realizada por el DANE y el Ministerio de Educación en el año 2002, reporta que el 40% de las PCD respondieron no saber leer ni escribir.



Actividad de personas con discapacidad

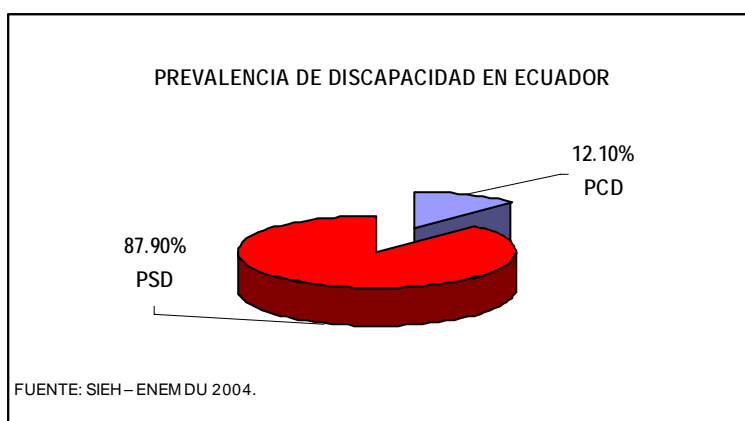
En Colombia, el 34% de personas con discapacidad señalan estar incapacitados permanentemente para trabajar y no tienen pensión, el 1.9% que declara similar condición, tiene una pensión. El 24.4% realiza oficios de hogar, se asume que sin remuneración. Apenas el 12.8% se encuentra trabajando con beneficios legales.



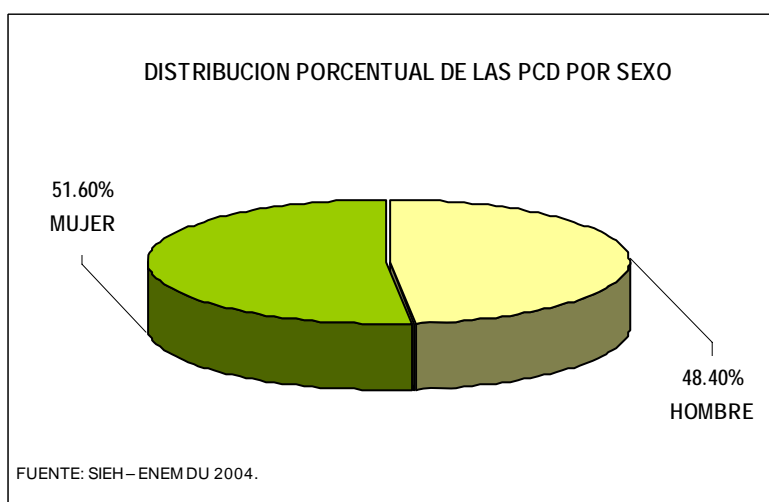
FUENTE: DANE, registro 2005.

4.1.4. ECUADOR

Los datos usados por el Estado ecuatoriano para la definición de sus políticas respecto de las PCD los de la **Encuesta SIEH – ENEMDU 2004**, llevada adelante por un esfuerzo conjunto del INEC y CONADIS.

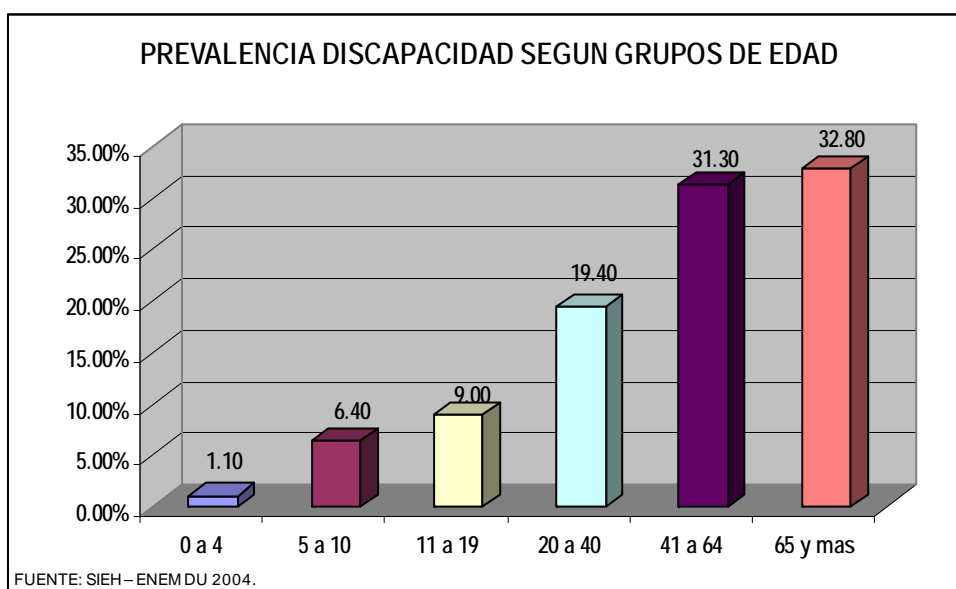


Según **SIEH-ENEMDU 2004**, en Ecuador hay **más de 1.6 millones de personas con discapacidad**, que representan el **12.14%** de la población total. De este universo, es mayor el número de **mujeres con discapacidad** que bordea los **830,000 (51,6%)**, mientras que el número de **hombres con discapacidad es 778,594 (48,4%)**. A nivel nacional, la proporción por sexo es: mujeres 50.3% y hombres 49.7%, demostrándose que existe mayor discapacidad en las mujeres



Respecto a la distribución de la población por grupo de **edades**, los resultados fueron:

- ✓ De la población infantil ecuatoriana **menor de 5 años**, los niños y niñas con discapacidad infantil representan el **1.4%**. De ellos el **76%** tiene **alguna deficiencia** y el **24%** presenta **alguna limitación** en la actividad.
- ✓ Entre los **menores de cinco años** con limitaciones, el **56.7%** son **niños** y el **43.3%** son **niñas**.
- ✓ En el grupo de edad de 5-40 años con discapacidad, el 53% son hombres y el 47% son mujeres.
- ✓ En la población con discapacidades de **41 años y más** de edad, el **54% son mujeres** y el **46% son hombres**.



La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad. De la población con discapacidad, el 33% tiene más de 65 años, mientras que en los grupos menores de 40 años, estos porcentajes máximo llegan al 19%. Aunque los porcentajes de discapacidad se incrementan continuamente conforme avanza la edad, a partir de los 41 años este incremento se acelera de forma notable.

POBLACION TOTAL DE PCD POR EDAD - PREVALENCIAS			
	Nº	TASA X 100 HAB	TASA
TOTAL	1'608,334	100.00	12.14
0 a 4	17,838	1.10%	0%
5 a 10	102,599	6.40%	1%
11 a 19	145,388	9.00%	1%
20 a 40	311,268	19.40%	2%
41 a 64	503,834	31.30%	4%
65 y mas	527,405	32.80%	4%

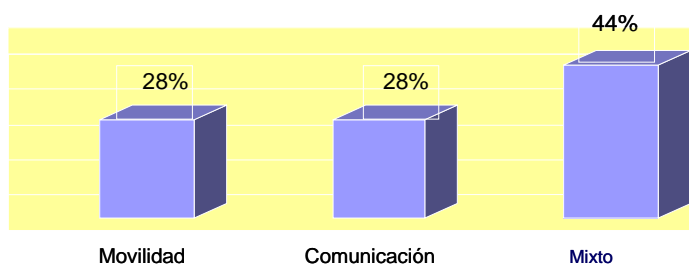
De acuerdo al **SIEH-ENEMDU 2004** la distribución de PCD con **deficiencia, limitaciones moderadas y severas**, es como muestra el cuadro adjunto.

POBLACION CON DISCAPACIDAD	Nº	%
	1.608.334	12,14%
POBLACION de PCD MENOR DE 5 AÑOS CON DEFICIENCIA	17.838	1,11%
POBLACION de PCD DE 5 AÑOS Y MAS CON DEFICIENCIA	702.793	43,70%
POBLACION de PCD DE 5 AÑOS Y MAS CON LIMITACION LEVE Y MODERADA	247.520	15,39%
POBLACION de PCD DE 5 AÑOS y MAS CON LIMITACION GRAVE	640.183	39,80%
TOTAL	1.608.334	100%

FUENTE: SIEH - ENEMDU 2004.

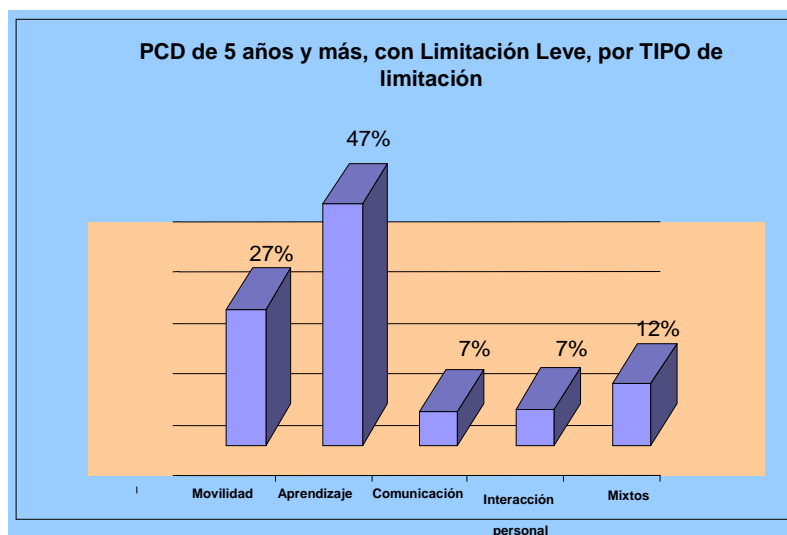
En los niños menores de 5 años se identificaron las limitaciones en la actividad y restricción en la participación. Entre las limitaciones más frecuentes está la limitación para ponerse de pie, para caminar solo y de la comunicación, causadas en mayor porcentaje por deficiencias funcionales (72.5%). En este mismo rango de edad, el 44% de la población infantil con limitaciones presenta más de una limitación en la actividad.

PCD Infantil menor de 5 años con Limitación Leve, por Tipo de Limitación



FUENTE: SIEH - ENEMDU 2004.

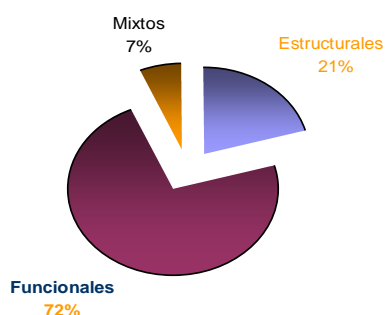
En relación a las PCD de 5 años y más, con limitación leve, se ha podido determinar 5 Tipos, siendo la limitación del aprendizaje el que mayor porcentaje presenta (47%); le siguen limitación a la movilidad, 27%; limitaciones mixtas, 12%; y, a la comunicación e interacción personal, 7% cada uno.



FUENTE: SIEH - ENEMDU 2004.

El 72.5% de las deficiencias en la población infantil menor de 5 años son funcionales. Las más frecuentes son las relacionadas con el funcionamiento de los órganos internos.

Porcentaje de Niños hasta 5 años por Tipo de Deficiencia



FUENTE: SIEH - ENEMDU 2004.

En Ecuador, se encontró que el 4.8% de la población mayor de cinco años tiene limitación grave en la actividad y restricción en la participación, lo que corresponde a 640,183 personas. Es decir, son personas con discapacidad que tienen un bajo o ningún nivel de autonomía, que a pesar de utilizar ayudas técnicas o personales, presenta un nivel de funcionamiento muy restringido.

Más de 500 mil personas presentas múltiples limitaciones graves

El 79% de las personas con limitación grave, tienen limitaciones para realizar actividades y restricción en la participación: para moverse, actividades educativas y de aprendizaje, integrarse a la vida comunitaria, suficiencia en su auto cuidado, integrarse a las actividades de la vida doméstica y trabajar en forma remunerada.

Las limitaciones graves múltiples aumentan con la edad

Los porcentajes de personas con más de una limitación grave van en aumento conforme avanza la edad, con un pico marcado a partir de los 65 años. Mientras la población de 5-10 años tiene un 3% de limitaciones múltiples, el 46% de los mayores de 65 años presentan la misma condición. El número de mujeres de más de 65 años y más con limitaciones múltiples graves supera al de los hombres en un 7%.

Participar en actividades recreativas sociales es la limitación grave más frecuente

De la población que presenta una sola limitación, la más frecuente es la relacionada con la recreación social que afecta al 9% de las personas con limitación grave de 5 años y más (60240 personas). Seguida por la limitación para aprender y estudiar (4%), y trabajar remuneradamente (3.4%).

Movilizarse es la limitación moderada más frecuente

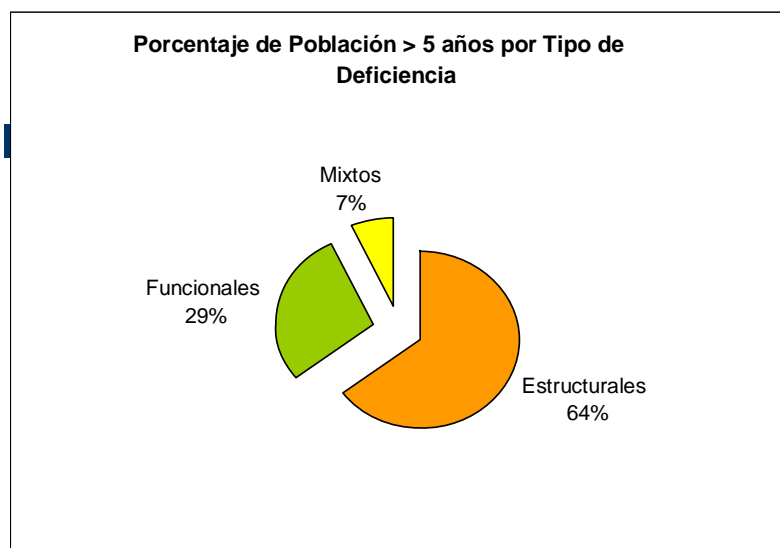
366 mil personas registran tener dificultad moderada para caminar, correr, subir gradas. 101700 presentan dificultad para coger cosas. La dificultad para ver aún utilizando anteojos afecta a 176900 personas.

Más de 450 mil personas con deficiencias estructurales

En la población de 5 años y más 452336 personas presentan deficiencias estructurales, que representa el 64% de todas las deficiencias.

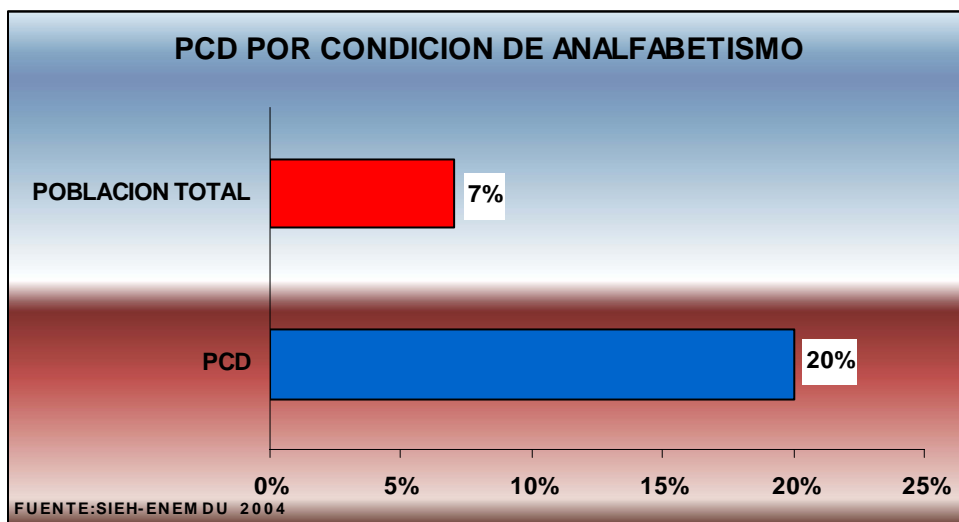
La discapacidad está más asociada con las deficiencias estructurales

Entre la población con discapacidad, el 64% presenta deficiencias estructurales, el 29% deficiencias funcionales y el 7% deficiencias mixtas.

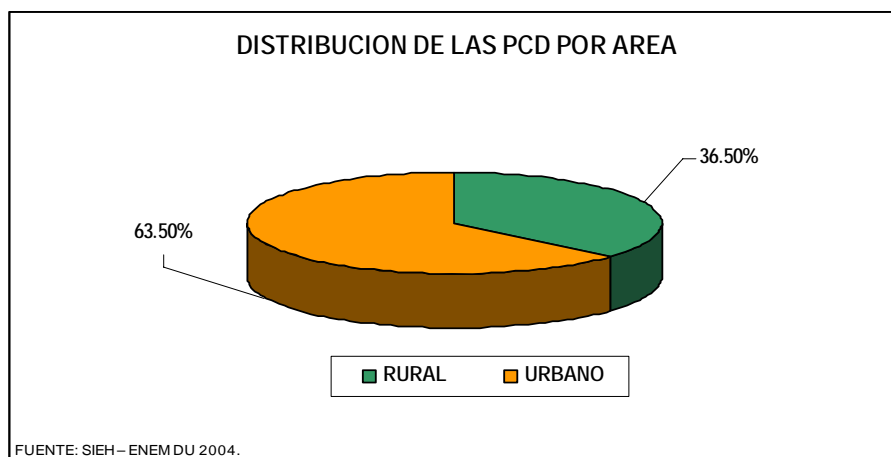


Discapacidad y Analfabetismo

La Encuesta realizada por el CONADIS e INEC, reporta que el 20% de las PCD no ha tenido acceso a ningún nivel de educación; esta situación es casi tres veces mayor a lo que se presenta a nivel nacional.



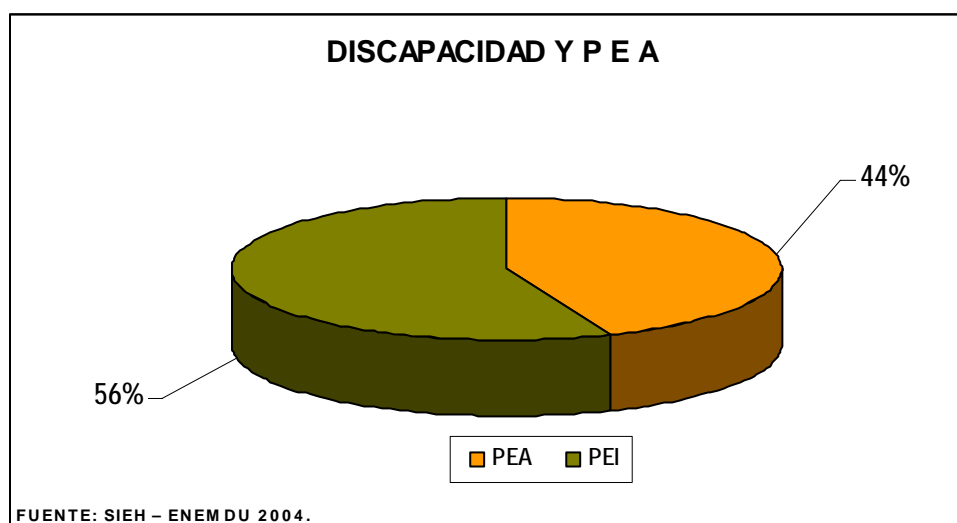
En cuanto a la **distribución territorial (urbano/rural)** de la discapacidad, los resultados del **SIEH-ENEMDU 2004** señalan que el 63.5% (1'020,590 personas) del total de las PCD están localizadas en el área urbana y el 36.5% (587,744 personas) viven en el área rural.



Discapacidad y PEA

La encuesta del CONADIS – INEC, nos muestra que el 56% de la población con discapacidad en edad de trabajar no trabaja, conformando el sector de Población Económicamente Inactiva

(PEI); mientras que el 44% de las PCD son Población Económicamente Activa (PEA).



La discapacidad está ligada a la pobreza

El cuadro siguiente indica los valores promedio de ingresos de los hogares por quintiles, que sirvió de base para los análisis por ingresos.

Promedio Mensual de Ingresos Per Cápita

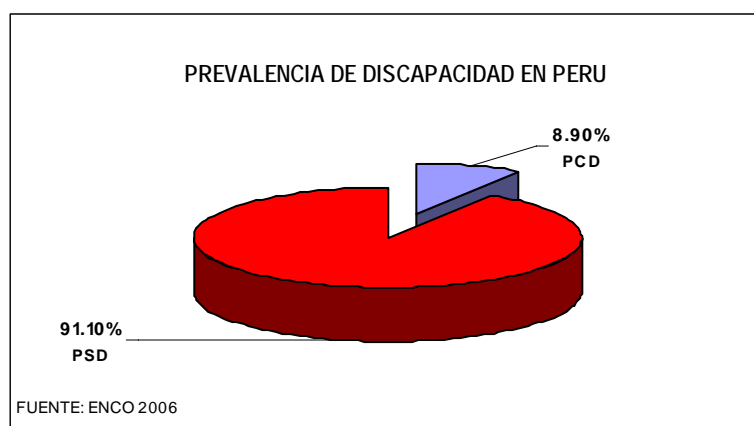
Quintil	USD
Quintil 1	9.93
Quintil 2	31.23
Quintil 3	58.69
Quintil 4	105.3
Quintil 5	2935.8

El 50% de las personas con discapacidad están ubicados en los quintiles 1 y 2, es decir son 789,998 personas en extrema pobreza. Su ingreso per cápita oscila entre 0 a 30 dólares mensuales. Este porcentaje es 20% mayor a la población sin discapacidad ubicada en los mismos quintiles. Y 60% gana por debajo de US \$2 dólares diarios.

4.1.5. PERU

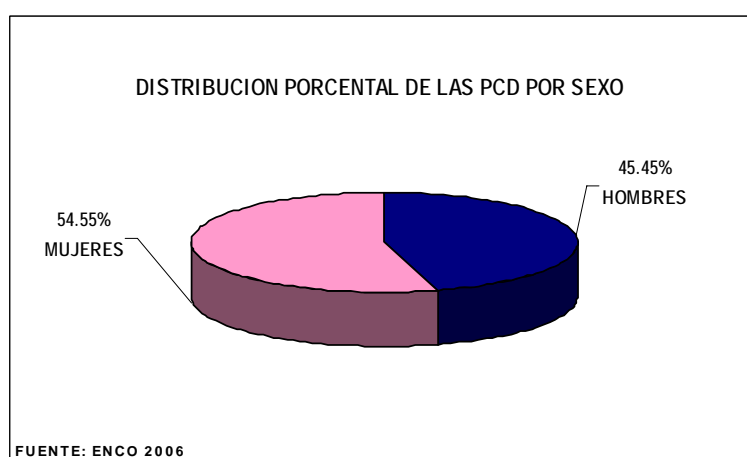
En el segundo semestre del año 2006 se realizó la Encuesta Nacional Continua – **ENCO 2006** en una muestra de 382 mil viviendas. Fue a nivel nacional, en las 24 regiones y la Provincia Constitucional del Callao, tanto área urbana como rural.

Los resultados de **ENCO 2006** proyectan que el 8.9% de la población nacional presentó alguna dificultad o limitación física o mental. Ello equivale a 2,422, 514 PCD.



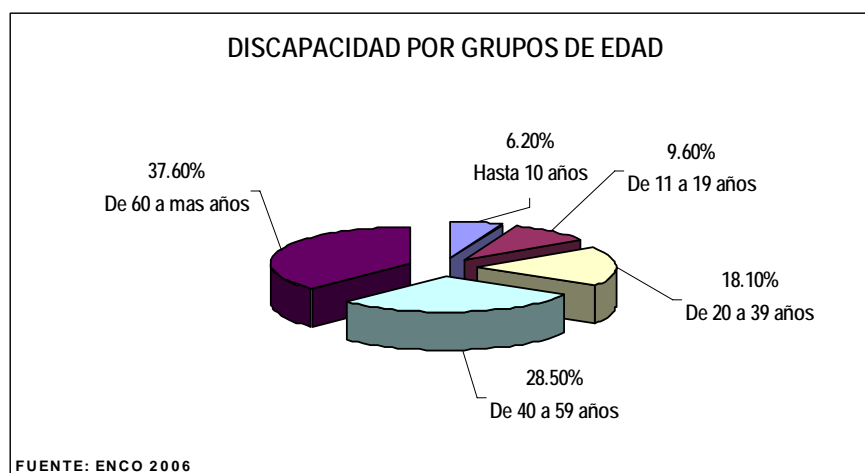
En cuanto a **discapacidad y género**, los reportes de la ENCO muestran una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Un 9.7% de la población femenina presenta algún tipo de discapacidad frente a un 8.1% de la población masculina. El 10.4% de la población femenina urbana presenta discapacidad, así como el 7.6% de la rural. En cambio, el 8.6% de los varones del área urbana reportan discapacidad, y 6.9% de la población masculina rural.

Según la **ENCO 2006**, el 54.55% de PCD (1'321,482) son mujeres y el 45.45% (1'101,032) son varones.



La ENCO 2006 y **discapacidad según grupos de edad**: la discapacidad se concentra en los grupos de mayor edad. El 37.6% - 910,865 PCD están por encima de 60 años; el 28.5% - 690,416 PCD- tienen entre 40 y 59 años de edad; y el 18.1% -

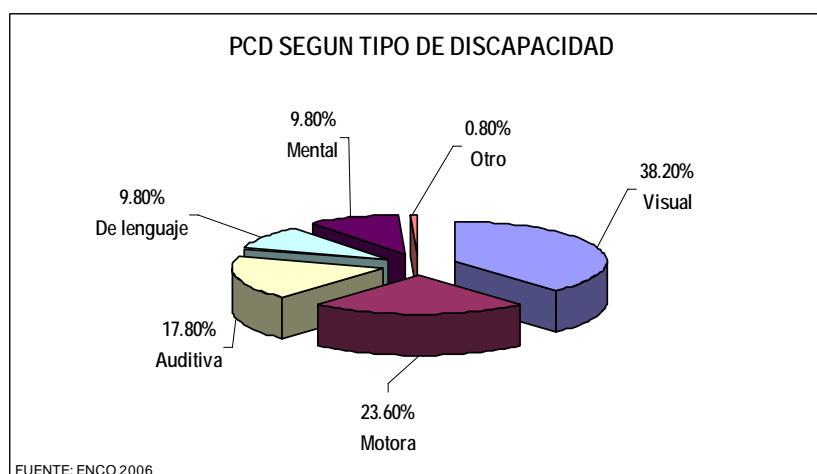
438,475 PCD- en el grupo de 20 a 39 años. A contrapelo, los menores porcentajes están en los niños, niñas y jóvenes. El 6.2% (150,196 PCD) corresponde al grupo de 0 a 10 años de edad.



POBLACION TOTAL DE PCD POR EDAD - PREVALENCIAS		
	Nº	TASA X 100 HAB
TOTAL	2,422,514	100.00
Hasta 10	150,196	6.20%
11 a 19	232,562	9.60%
20 a 39	438,475	18.10%
40 a 59	690,416	28.50%
60 y mas	910,865	37.60%

Tipo de discapacidad

La población que reportó dificultad en la visión, aún usando anteojos, alcanzó el 4.7% nacional, seguida un 2.7% con discapacidad motora (limitaciones en el uso de extremidades superiores e inferiores) 2.7% y la auditiva con 2.2%. La población con limitación mental (para el aprendizaje y el entendimiento) y con limitaciones del lenguaje (para hablar y comunicarse) representan 1.2% a nivel nacional, cada una.



PCD SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD			
	Tasa	Nº Limitaciones	% Limitación
TOTAL	8.9%	3,347,969	100%
Visual	4.7%	1,279,305	38.20%
Motora 1/	2.9%	789,359	23.60%
Auditiva	2.2%	598,824	17.80%
Mental 2/	1.2%	326,631	9.80%
De lenguaje 3/	1.2%	326,631	9.80%
Otro 4/	0.1%	27,219	0.80%

1/ Comprende limitación en el uso de extremidades superiores e inferiores

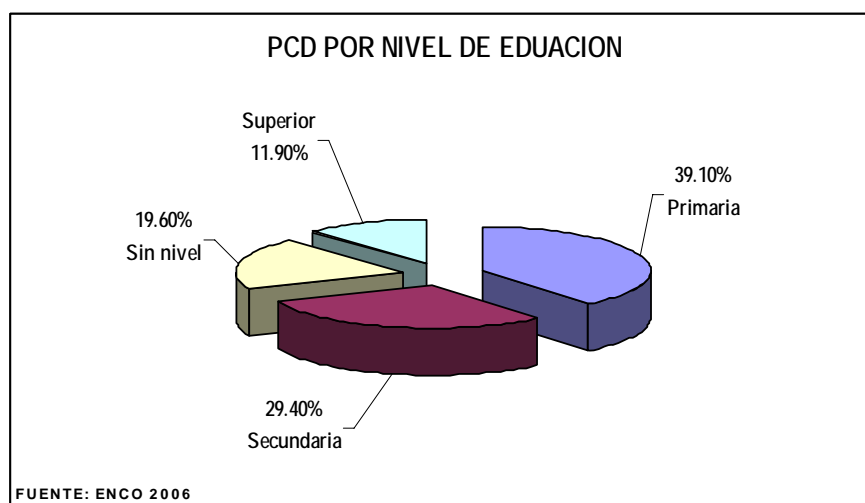
2/ Comprende limitaciones en el aprendizaje y entendimiento

3/ Comprende limitaciones para hablar y comunicarse

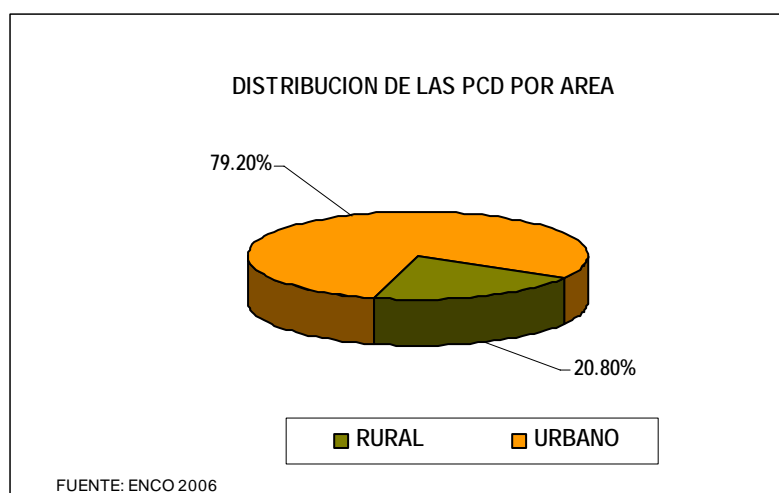
4/ Comprende otras dificultades o limitaciones

Fuente: INEI - Encuesta Nacional Continua 2006 - ENCO

El **nivel educativo de las PCD**, según la ENCO, da cuenta señala que el 39.1% de PCD (947,203 PCD) menciona tener educación primaria, el 29.4% (712,219 PCD) educación secundaria y el 19.6% (474,813 PCD) educación superior. Un 11.9% (288,279 PCD) no tiene ningún nivel educativo. Unos 325,471 niñas, niños y adolescentes con discapacidad se encuentran en edad escolar.



Respecto a la **ubicación territorial**, según la ENCO el 9.5% de la población urbana presenta discapacidad, mientras que en el área rural es el 7.2%. Así, 1'918,631 PCD -que equivalen al 79.2% del total nacional de PCD- viven en el área urbana, frente a 503,883 PCD, el 20.8% del total nacional, que se ubican en el área rural.



PCD y Trabajo: Según ENCO 2006, las PCD con limitaciones visuales son las que mayores oportunidades laborales han tenido: un 48.2% trabajan, seguidos de quienes presentan discapacidad auditiva (44.7%) y motora (38.5%). Tienen menor inserción laboral las PCD mental y de lenguaje (del habla y la comunicación), sectores en los que menos de un tercio tiene un puesto de trabajo. De este universo, más de la mitad, 50.4%, de las PCD ocupadas (de 14 y más años de edad) es trabajador independiente. En tanto el 27.4% de las PCD en edad de laborar es trabajador dependiente y un 11.9% de las PCD es trabajador familiar no remunerado.

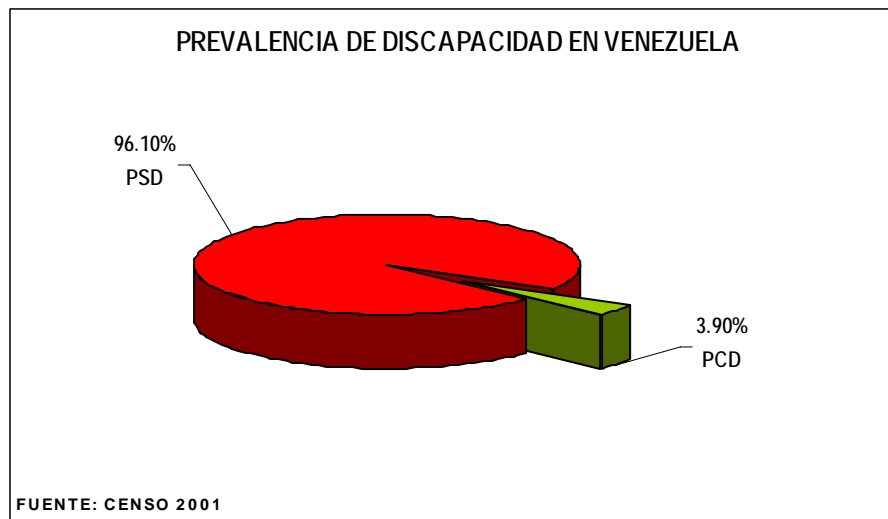
POBLACION EN EDAD DE TRABAJAR CON ALGUNA DISCAPACIDAD POR TIPO DE DISCAPACIDAD, SEGÚN CONDICION DE OCUPACION, 2006

Condición de ocupación	Total	Visual	Motora 1/	Auditiva	Mental 2/	Del habla	De la comunicación
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ocupado	48,2	48,6	38,5	44,7	31,4	28,9	19,1
No Ocupado 3/	51,8	51,4	61,5	55,3	68,6	71,1	80,9

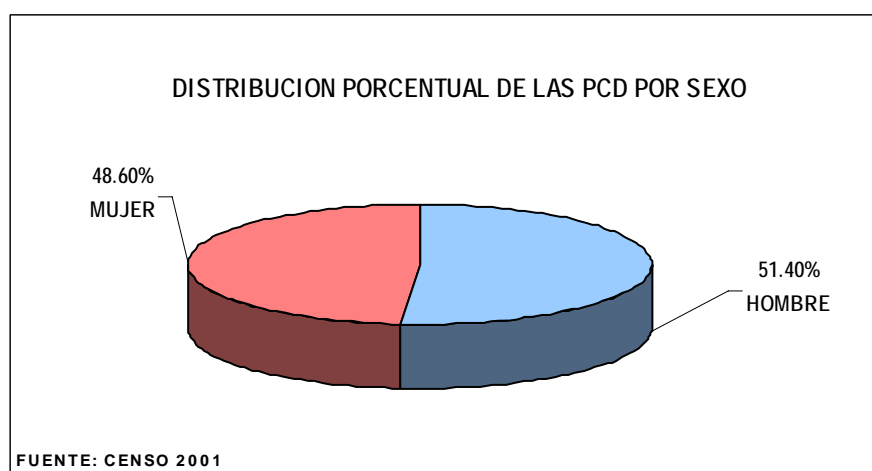
Nota: Se considera como población en edad de trabajar a aquella de 14 y más años de edad.
1/ Comprende limitación en el uso de extremidades superiores e inferiores.
2/ Comprende limitaciones para el aprendizaje y entendimiento.
3/ Comprende los desocupados e inactivos.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)- Encuesta Nacional Continua 2006 (ENCO).

4.1.6. VENEZUELA

En Venezuela, los datos oficiales del último **CENSO 2001**, reporta una prevalencia de discapacidad en la población a nivel nacional de 3.9%, es decir 907,694 PCD. La data, en si misma, es cuestionable. El mismo gobierno trabaja con un 15%, cifra bastante lejana del Censo, y el 2008 levanta un Censo con la Misión José Gregorio Hernández, cuyos resultados aún no se conocen.



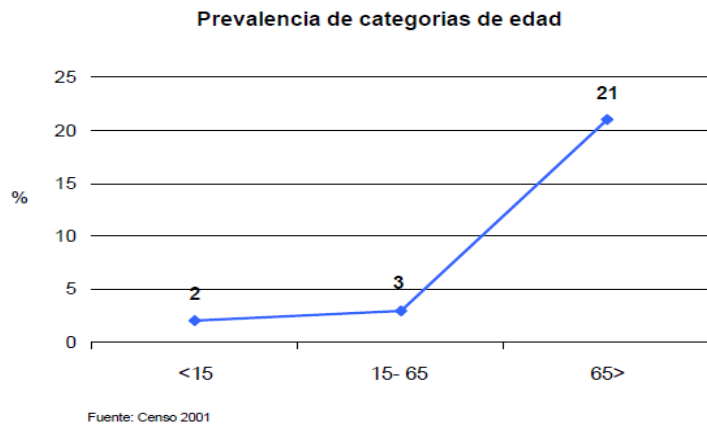
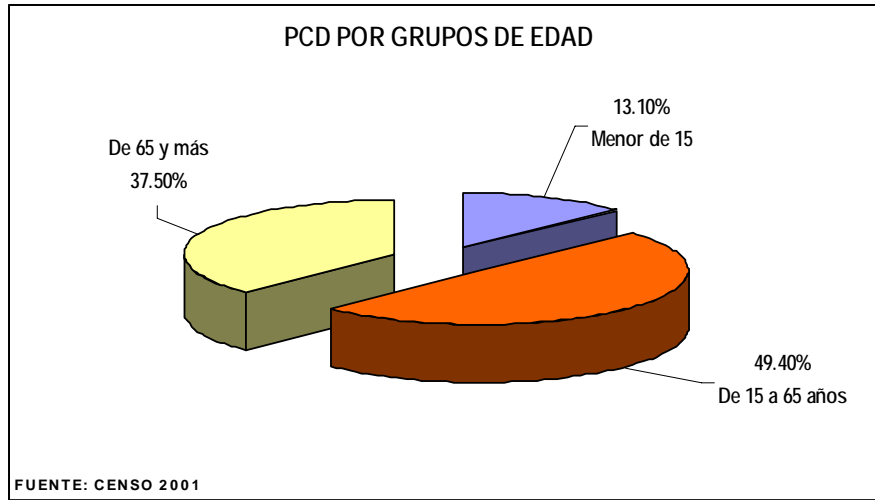
En cuanto a **género**, puede apreciarse en el cuadro adjunto: Las PCD de género masculino son ligeramente mayor que la femenina. El 51.4%, es decir 466,555 PCD, son varones y el 48.6%, es decir 441,139 PCD, son mujeres.



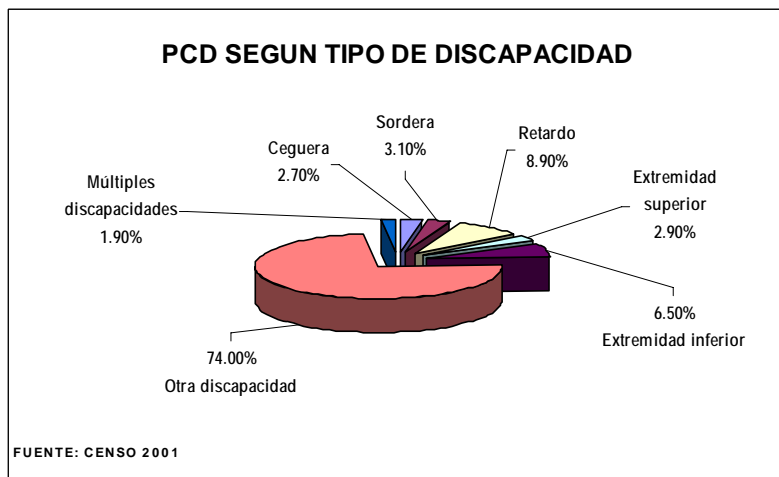
Por **grupo de edad**: casi la mitad, el 49.4% (447,933 PCD) están ubicadas en la franja de edades de 15 a 65 años, siguiendo en orden de prelación los mayores de 65 años con un 37.5% (340,465 PCD) y los menores de 15 años con un 13.1% (119,296 PCD).

POBLACION TOTAL DE PCD POR EDAD - PREVALENCIAS			
	Nº	TASA X 100 HAB	PREVALENCIA
TOTAL	907,694	100.00%	3.90%
Menor 15	119,296	13.10%	1.56%
15 a 65	447,933	49.40%	3.25%
65 y mas	340,465	37.50%	20.98%

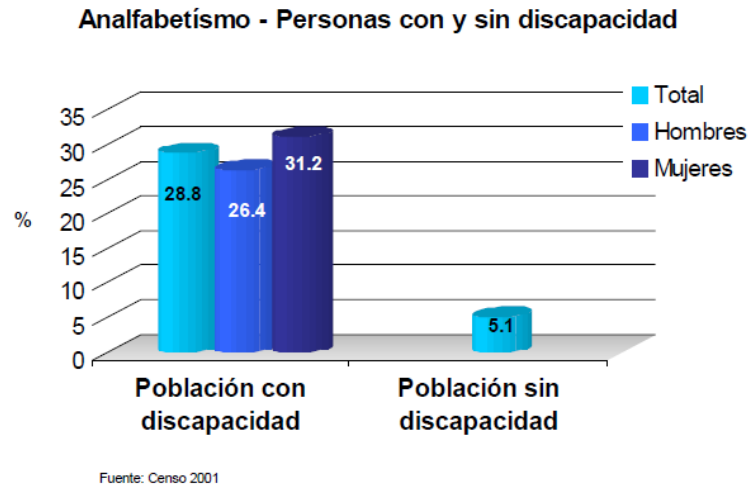
Fuente: CENSO 2001



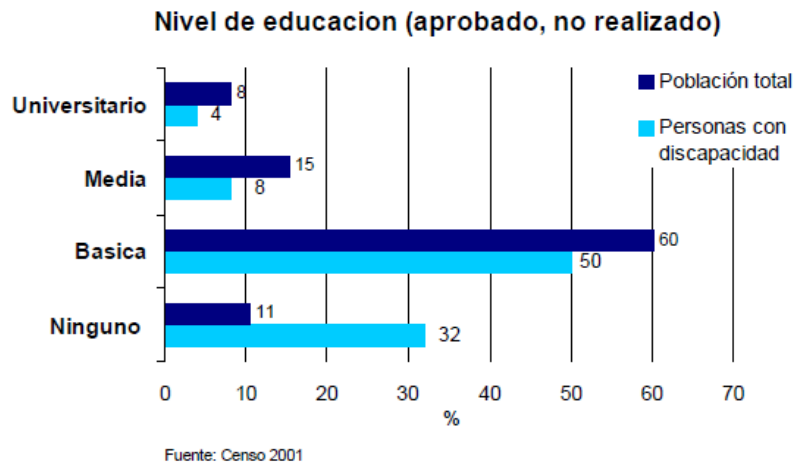
Los resultados censales de 2001 sobre **tipo de discapacidad son imprecisos**, ya que casi el 74% está tipificado bajo el rubro “otra discapacidad”. La data obtenida muestra que del total de PCD 24,095 (2.7%) presentan ceguera total; 28, 565 (3.1%) sordera total; 80,667 (8.9%) retardo mental; 26,191 (2.9%) pérdida o discapacidad de extremidad superior; 58,597 (6.5%) pérdida o discapacidad de extremidad inferior; y 17,277 (1.9%) múltiples discapacidades.



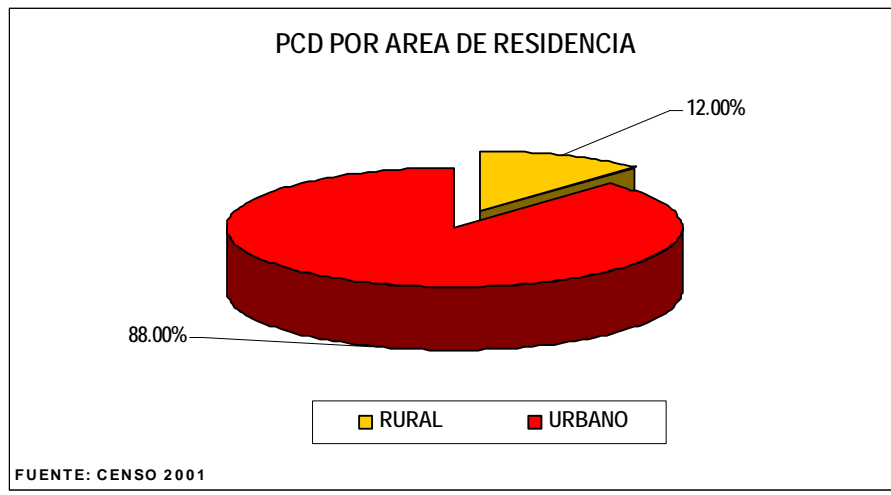
En cuanto a data sobre **analfabetismo**, el **CENSO 2001** da como resultado que del total de PCD un 28,8%, poco más de la cuarta parte de las PCD, es decir 261,416 PCD, son analfabetas. Entre la población nacional sin discapacidad, la tasa de analfabetismo es de 5.1%



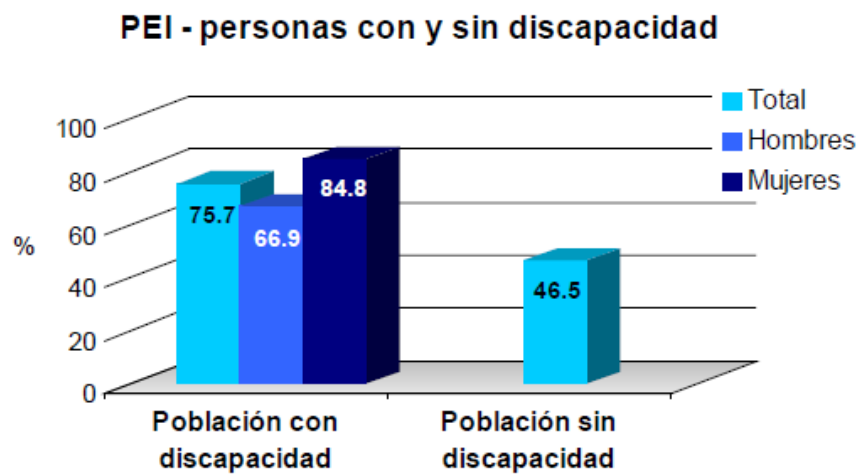
En cuanto al acceso a la **educación**, el CENSO 2001 anota que 1 de cada 3 PCD nunca asistió a algún centro educativo.



La información censal en relación a la **localización territorial**, señala que el 88%, es decir 798,771 PCD viven en las áreas urbanas y sólo un 12%, es decir 108,923 PCD, es rural.



En cuanto a la situación a la **PEA** con discapacidad, el Censo reporta que el 24.3% de las PCD (190,290) en edad de trabajar son **población económicamente activa (PEA)**. En tanto, la **población económicamente inactiva (PEI)** es el 75.7% de las PCD (593,203), predominando la población femenina (84.8%) sobre la masculina (66.9%).



Fuente: Censo 2001

CONCLUSION Y RESUMEN SOBRE PREVALENCIAS:

Las graves limitaciones de la data existente y su limitada confiabilidad, no nos impide asegurar –a pesar del subregistro- que el tema de discapacidad tiene una significativa importancia para las sociedades andinas. Nos referimos a cerca de 10 millones de PCD en los 6 países del ORAS-CONHU. Si aplicáramos el promedio de la OMS, serían más de 13 millones de personas. Ello constituye un tema social, económico, político, cultural y ético de enorme significación. No se trata de un problema de insignificantes minorías, sino de una porción importante de la sociedad que, a su vez, plantea importantes retos a servicios públicos fundamentales como la salud, la educación, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, etc. Para ello se requiere contar con políticas públicas desarrolladas en cada país y planes de trabajo conjunto entre el sector público y privado.

Del **CUADRO RESUMEN** adjunto, sobre la situación de la discapacidad en los países Andinos, podemos resaltar lo siguiente:

1. Que las cifras sobre prevalencias son, en su mayor parte, de escasa confiabilidad.
2. Que no hay una tendencia uniforme, según la data, sobre la preeminencia de un género en el caso de las PCD. Sólo Bolivia señala una amplia predominancia de varones entre las PCD (54%), seguida por Venezuela (51.4%). Colombia (con 50.4%) da una virtual equiparidad en la distribución por genero. Y Chile (58.2%), seguido por Perú (54.5%) presentan una clara mayoría de mujeres entre las PCD, seguidos por Ecuador con 51.6%.
3. Sobre localización urbana o rural, sólo Bolivia presenta –según su data oficial- una mayor población con discapacidad en la zona rural (un 57%), mientras el resto da cuenta de entre 63% y 88% ubicada en las zonas urbanas.
4. Sobre prevalencia de discapacidad y edad, cabe anotar que el porcentaje crece con la edad, y especialmente en edad laboral y tercera edad. Llama la atención sin embargo (aunque no hay data de Colombia al respecto) que Chile presenta una tasa bastante baja entre 0-14 años (5.7%), en comparación con el resto de países andinos, lo que puede indicar un mayor éxito en su política de prevención. Todos los países muestran un porcentaje muy significativo de PCD entre las personas de tercera edad, como es lógico, menos Bolivia.
5. Los niveles de analfabetismo son bastante altos, más aún en Bolivia y Colombia, evidenciando niveles graves de exclusión.
6. Los niveles de pobreza y desempleo son alarmantes y muy serios en todos los casos en los que hay data. Discapacidad va asociado a desempleo o empleo de baja calidad.

7. Respecto a las causas, los datos existentes de Chile (63%), Colombia (43 – 46%), Ecuador (65% incluyendo enfermedades congénitas) y Perú (28%) señalan las enfermedades comunes o crónicas como la causa principal de discapacidad. Ello indica la importancia que tiene el tema de la prevención, atención y rehabilitación en materia de salud respecto al tema de la discapacidad en la zona Andina y, ciertamente los problemas de acceso a este servicio fundamental.

Otras causas a resaltar, en particular por un informe del BID del año 2001 y algunas encuestas están los accidentes de tránsito, laborales y comunes (13% en América Latina según el BID y 18% en Lima-Perú), los procesos degenerativos o de edad (13.4% en Chile y 16% en Lima- Perú), los problemas congénitos y de nacimiento (16% en Lima-Perú y 7.6% en Chile).

Finalmente Colombia anota la violencia como una causa del 11% al 15% de la discapacidad, mientras el estudio del BID le atribuye el 3%.

8. Respecto al tipo de discapacidad predominante queda claro que:
 - i. La predominante en la mayoría de países es la motora como lo evidencian Bolivia (38%), Chile (31.2%) y Colombia (26.2).
 - ii. En Perú (38.2%) predomina la visual, seguida de la motora (25.5%), mientras que en Chile (18.9%) y Colombia (25.5%) la visual es segunda en importancia.
 - iii. En Venezuela el 74% de las discapacidades está en la categoría “otras” y luego sigue la motora (9.4%).
 - iv. No hay data de Ecuador.
 - v. Cabe mencionar que la discapacidad auditiva se registra como importante en Bolivia (22%), Perú (17.8%) y Colombia (10.3%); mientras que la psiquiatría junto a la mental dan porcentajes de prevalencia altos en varios países (Bolivia 18%, Chile 16.8%, Perú 9.8%, Venezuela 8.9% y Colombia 7.3%), revelando la urgencia de políticas de salud mental.
9. Respecto a Ecuador resalta que su estudio da cuenta de un 40% de casos de PCD con limitaciones graves estructurales o funcionales.

CUADRO RESUMEN SOBRE SITUACION DE LA DISCAPACIDAD EN LOS PAISES ANDINOS

DISCAPACIDAD		BOLIVIA	CHILE	COLOMBIA	ECUADOR	PERU	VENEZUELA
PREVALENCIA PAÍS		3.80	12.90	6.30	12.10	8.90	3.90
GENERO	Hombre	54.00	41.80	50.40	48.40	45.45	51.40
	Mujer	46.00	58.20	49.60	51.60	54.55	48.6
AREA	Urbano	43 1/	83.70		63.50	79.20	88.00
	Rural	57 1/	16.30		36.50	20.80	12.00
EDAD	0 a 14	16.00	5.70				13.1 2/
	15 a 64	65.00	59.20				49.40
	Mas 65	19.00	35.10				37.5
	0 a 10				7.50	6.20	
	11 a 19				9.00	9.60	
	20 a 40				19.40	18.10	
	40 a más				66.10	64.10	
ANALFABETISMO	Alfabeto	54.00	90.20	60 3/	80.00	90 6/	71.20
	Analfabeto	46.00	9.80	40 3/	20.00	10 6/	28.80
P E A	P E A	43.00		41 4/	44.00	48.20	24.30
	P E I	57.00			56.00	51.80	75.70
NIVEL ECONOMICO	PCD - NBI 5/	66.00	40.00		50.00		
TIPO DE DISCAPACIDAD	Visual	11.00	18.90	25.50		38.20	2.70
	Motora	38.00	31.20	26.20		23.60	9.40
	Auditiva	22.00	8.70	10.30		17.80	3.10
	Mental	18.00	9.00	7.30		9.80	8.90
	De lenguaje			7.80		9.80	
	Múltiples discapacidades.		10.20				1.90
	Otra	10.00		11.10		0.80	74.00
	Psiquiátrica		7.80				
	Viscerales		13.90				
	Relacionarse			6.00			
	Autocuidado			5.80			
	Deficiencia Infantil				0.80		
	Deficiencia general				43.70		
	Limitación leve infantil				0.30		
	Limitación moderada gral.				15.90		
	Limitación grave estructural				31.00		
Limitación grave funcional				8.80			

1/Referido a localización de hogares

2/ De 0 a 15 años.

3/ Encuesta DANE - Ministerio de Educación 2002

4/ Sumando: 24.4% trabajan en casa sin remuneración + 12.8% con empleo con beneficios legales + 3.8% autoconsumo

5/ NBI - Necesidades Básicas Insatisfechas

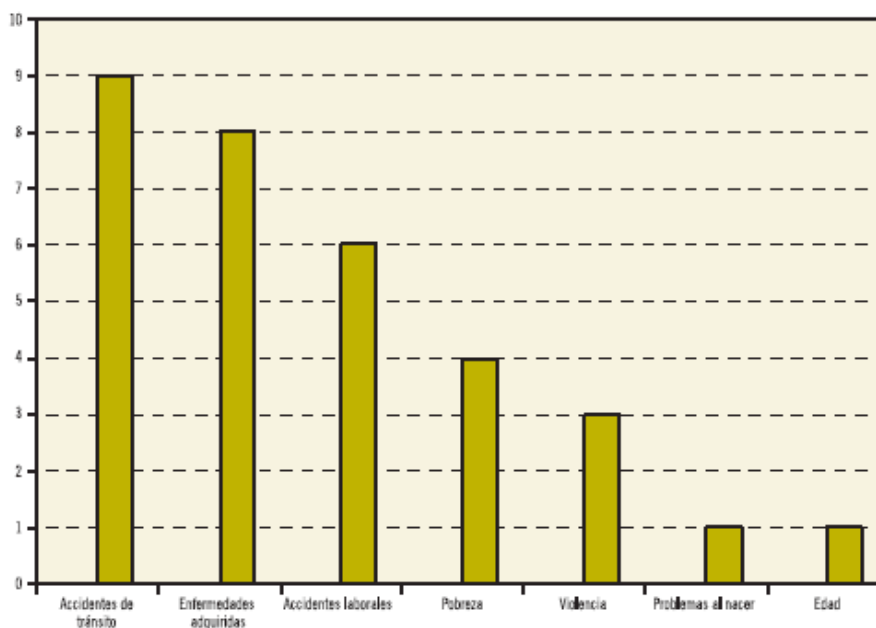
6/ Dato de Lima Metropolitana y Provincia Constitucional del Callao, EHODIS 2005

5. DATA SOBRE CAUSAS PRINCIPALES QUE PROVOCAN LA DISCAPACIDAD.

En el libro “Aproximaciones a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica”¹³, la autora hace referencia a un Informe del BID de 2001, elaborado en base a la información que sobre prevalencias le alcanzarán diversos países, que introduce nuevas causas de la discapacidad con un criterio más social. Los cuadros adjuntos son altamente ilustrativos.

	Accidentes de Tránsito	Enfermedades adquiridas	Accidentes Laborales	Pobreza	Violencia	Problemas al nacer	Edad
Argentina	X	X	X				
Bolivia	X	X	X				
Brasil	X		X		X		
Chile	X	X					
Colombia	X	X	X		X		
Costa Rica				X			
Ecuador		X				X	
El Salvador	X			X			
México	X	X	X				X
Nicaragua	X			X	X		
Paraguay		X		X			
Perú	X	X	X				

FUENTE: BID, 2001.



¹³ Samaniego de García, Pilar. Aproximaciones a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. Comité Español de Representantes de personas con discapacidad: Madrid, 2006. Págs., 170-171.

Señalado esto, pasamos a hacer una breve referencia sobre las causas de la discapacidad en los países de la ORAS - CONHU.

5.1. BOLIVIA¹⁴:

El PNIEO presenta una visión bastante integral, y con una interpretación política, de las causas de la discapacidad, cuando señala:

“La discapacidad tiene múltiples causas, en la mayoría de los casos son producto de daños provocados por el alto costo social asociado a la pobreza, a las condiciones de vida, y a las distorsionadas formas de entender el progreso y el desarrollo. Los efectos nocivos de un desarrollo mercantil y crecimiento económico, basados en el interés prioritario del capital, el exacerbado individualismo y consumismo que no tienen límites, promueven la contaminación ambiental con graves daños a la naturaleza y a la salud humana. La violencia social, política y las prácticas atentatorias a la integridad humana al interior de un país como entre naciones, constituyen el sello de tiempos modernos que refuerzan el círculo de reproducción creciente y expansiva de discapacidades, exponiendo al conjunto de la población a una creciente inseguridad. En Bolivia se encuentra, además una estrecha interdependencia entre pobreza y discapacidad que la agudiza y la incrementa.

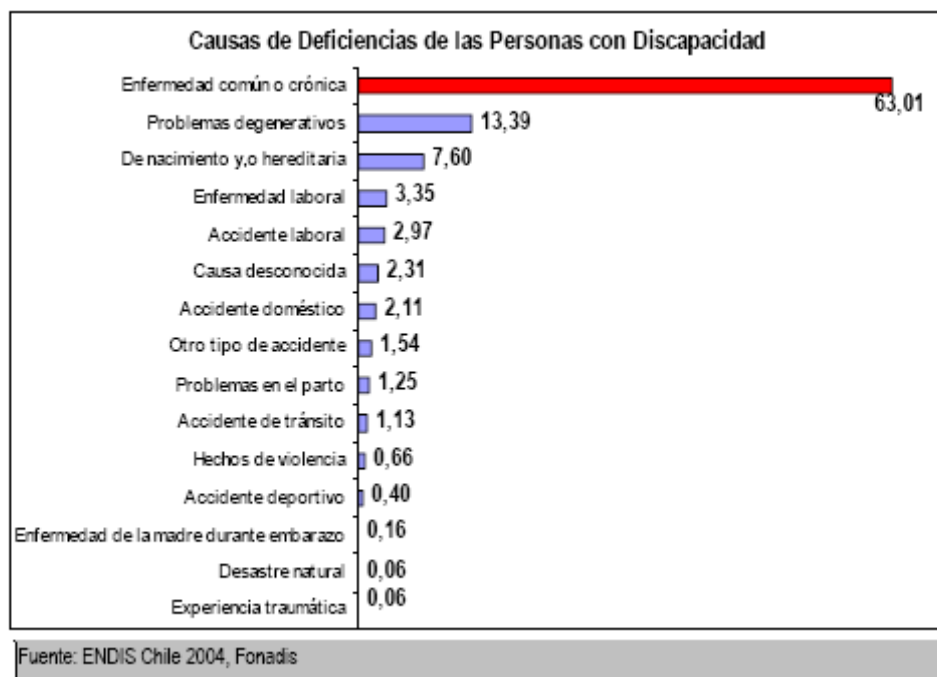
Actualmente se estima que aproximadamente el 10% de la población presenta algún tipo y grado de discapacidad, la mayoría de ellos/as se mantiene en estado de desprotección social por la ausencia de políticas públicas.”

5.2. CHILE:

La **causa** más común de las deficiencias en las personas con discapacidad, según la ENDIS 2004, es la **Enfermedad Común o Crónica (63.01%)**. Luego vienen los **problemas Degenerativos de la Edad (13.39%)** y las **Enfermedades Congénitas con un 7.60%** de las personas con discapacidad. La suma de los diversos tipos de **accidentes** representa un **8,15%** de las causas totales de deficiencias.

Es origen social de la discapacidad aparece entonces bastante evidente, lo que obliga a resaltar el entorno social y sus condiciones.

¹⁴ Tomado del Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad - PNIEO



5.3. COLOMBIA

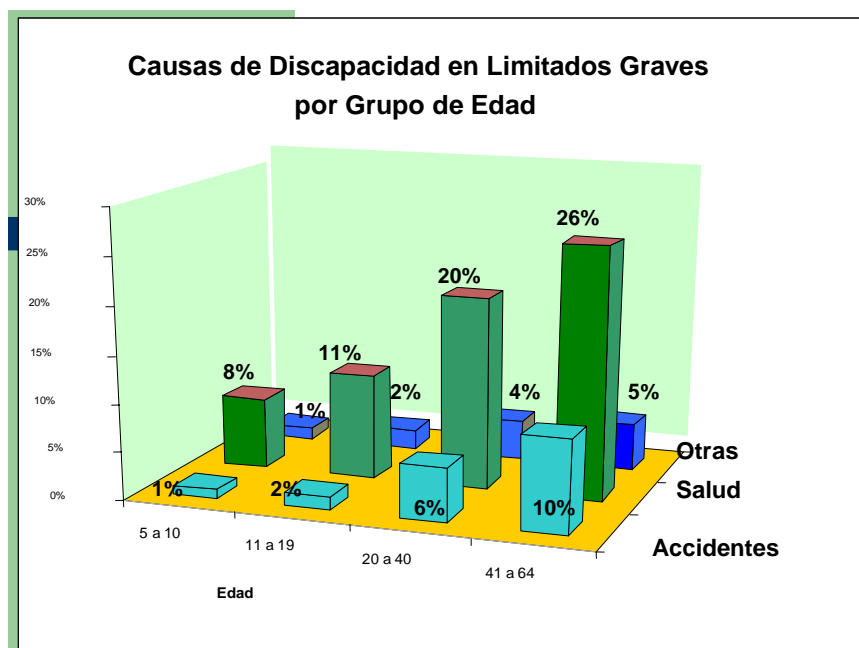
En **Colombia**, según el DANE 2005 las principales causas de la discapacidad se asocian a **enfermedad** general, entre un 43% – 46%, y a **violencia**, con un 11% - 15%. Otra vez, el tema central esta en el entorno socio-económico y político (violencia).

Según el Ministerio de Salud en un trabajo sobre “Mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de carga de la enfermedad”, entre 1985 y 1995, los hombres aportaron casi un millón de años perdidos más que las mujeres a expensas del grupo de lesiones, intencionales principalmente.

5.4. ECUADOR:

Las condiciones negativas de salud son las causas más frecuentes de limitación infantil

De los menores de 5 años con limitaciones, el 80% reportó como causa originaria alguna condición negativa de salud: enfermedades hereditarias y adquiridas, problemas al momento del parto, infecciones y mala práctica médica. La condición negativa de salud es reportada a nivel rural como el 91% de las causas de las limitaciones, en comparación con el 73% en el sector urbano.



Las condiciones negativas de salud son la causa más frecuente de discapacidad en la población de 5 años y más

Las enfermedades heredadas y adquiridas, los problemas al momento del parto, las infecciones y la mala práctica médica son las principales causas de discapacidad en la población de 5 años y más (65%).

Los accidentes como causa de discapacidad afectan más a la población masculina de 20-64 años (19%) y las condiciones negativas de salud, afectan más a las mujeres en las mismas edades (53%).

La discapacidad está ligada a la pobreza

Ya presentamos el cuadro sobre los valores promedio de ingresos de los hogares por quintiles que demuestra que el 50% de las personas con discapacidad están ubicados en los quintiles 1 y 2.

5.5. PERU

Juan Arroyo en “El Derecho a la salud de las personas con discapacidad”¹⁵ editado por la CEEDIS hace un señalamiento sobre las causas de la discapacidad en el Perú.

“La estadística muestra que la mayoría de las causas de discapacidad son adquiridas, no genéticas, y producto de la cronicidad de enfermedades curables, no diagnosticadas a tiempo y

¹⁵ Arroyo Laguna Juan. El Derecho a la salud de las personas con discapacidad. Lima: Fondo Editorial el Congreso del Perú, 2006. Págs. 29 – 30-

no tratadas sistemáticamente. Lo que hemos denominado “el ciclo de la discapacidad” comprende la cadena de procesos que finalmente producen la discapacidad.

“Es importante construir este ciclo de la discapacidad porque permite ubicar los puntos en los cuales se puede intervenir para cortar el ciclo. Es, en, realidad un árbol de decisiones que ayuda a proponer soluciones más efectivas.

“Para construir el ciclo vital de la discapacidad nos hemos basado en la propuesta de Phillippe Musgrove para la medición de la equidad en salud. (...)

“Hemos debido modificar el esquema clásico necesidad-demanda-utilización que se usa en el análisis de los servicios de salud, porque la discapacidad surge de sub-etapas escondidas que se requiere resaltar en el encadenamiento. La discapacidad surge siguiendo una ruta crítica de sucesivos fracasos, que hemos denominado “**los siete no**”:

- a) No protección en el ambiente y trabajo.
- b) No cultura sanitaria preventiva de la población.
- c) No amplitud de los programas de promoción y prevención por parte del Estado.
- d) No diagnóstico temprano.
- e) No atención oportuna y de calidad
- f) No seguimiento del tratamiento por el paciente.
- g) No rehabilitación del paciente con discapacidad.”

La Encuesta de Hogares sobre Discapacidad de Lima Metropolitana y Callao - **EHODIS 2005**, realizada por convenio entre el INEI y CONADIS, establece una prevalencia de 5.7%. Un año después, la ENCO 2006, da cuenta de un 8.9% a nivel nacional.

Al indagar sobre las causas de la discapacidad, en primer orden resaltan la enfermedad (28%), los accidentes (18%) y la edad avanzada (16%). A distancia siguen la violencia familiar y terrorista (3%) y la negligencia médica (2%). Un 16% declara que ignora su origen, lo cual pone de manifiesto las reales dificultades de su identificación. Finalmente, el 16% de las PCD nacieron con la limitación que padecen.

Origen de la Discapacidad por Sexo

Origen	Total		Hombres		Mujeres	
Total	434 229	100%	215 091	100%	219 138	100%
Congénito	71 525	16%	40 080	19%	31 445	14%
Enfermedad	119 715	28%	50 063	23%	69 652	32%
Accidente común	44 511	10%	22 469	10%	22 042	10%
Accidente de tránsito	16 137	4%	10 011	5%	6 126	3%
Accidente laboral	16 857	4%	14 512	7%	2 345	1%
Actividades deportivas	2 396	1%	1 825	1%	571	0%
Violencia común	4 156	1%	3 375	2%	781	0%
Violencia familiar	10 088	2%	4 564	2%	5 524	3%
Violencia terrorista	1 001	0%	801	0%	200	0%
Desastre natural	158	0%	0	0%	158	0%
Edad avanzada	67 600	16%	29 395	14%	38 205	17%
Negligencia médica	8 031	2%	3 979	2%	4 052	2%
Alcohol y drogas	742	0%	580	0%	162	0%
No sabe	71 312	16%	33 437	16%	37 875	17%

Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana - 2005.

5.6. VENEZUELA

El Dr. Nixon Contreras, Director Nacional del Programa de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS), adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, MIN-SALUD, señala que las causas de la discapacidad en su país “de acuerdo con la casuística, la mayoría de las veces, es provocada –en ese orden- por enfermedades crónico-degenerativas, accidentes o condiciones hereditarias”.

CONCLUSIÓN Y RESUMEN SOBRE CAUSAS PRINCIPALES QUE PROVOCAN LA DISCAPACIDAD

Al referirnos a causas de la discapacidad en la región Andina, ciertamente destacan algunas causas, entre las que las sociales tienen una gran fuerza.

En **primer lugar, la pobreza**. Ésta –que puede ser medida con criterios diversos como el nivel de ingresos, indicadores antropométricos y necesidades básicas insatisfechas- es una causa significativa de discapacidad en la subregión.

Hay una clara relación entre pobreza y prevalencia de discapacidad, pues la pobreza implica subnutrición, necesidades básicas insatisfechas, difícil o nulo acceso a servicios fundamentales (saneamiento, salud, educación) por carencias económicas, distancias y centralismo, etc. en un marco de Estados que los han provisto o proveen con notorias deficiencias. Como es evidente, los porcentajes de pobreza entre los sectores con discapacidad son notoriamente mayores a los porcentajes nacionales de pobreza, como ocurre también respecto al desempleo y la falta de oportunidades laborales.

El Índice de Pobreza Humana para países en desarrollo (IPH-1), que combina 3 factores –probabilidad al nacer de no vivir hasta los 40 años, tasa de analfabetismo de adultos, y vida digna (% de población sin acceso sostenible a agua y % de niños con peso insuficiente para su edad)- debería mostrar un correlato entre prevalencia de discapacidad y un mal IPH-1.

Si comparamos esta data nacional con la que refiere específicamente a PCD veremos que los índices de éstas son mucho peores. Así en Chile el umbral nacional de pobreza es de 17% el 2004 pero las PCD en esa situación son el 40%. En Bolivia el umbral de pobreza afecta al 62.7% pero en las PCD llega al 66%, mientras en Ecuador se salta de un 46% nacional a 60% de las PCD con menos de US \$58.69 solares al mes (menos de US \$2 diarios)

Sin embargo, la deficiencia de la data sobre discapacidad, varias veces enfatizada, no permite evidenciarlo con claridad. Chile, por ejemplo, que aparece como el mejor de los 6 países en IPH-1 (3.5% de posibilidades al nacer de no llegar a los 40 años, 4.3% de analfabetismo de adultos, 5% de población sin fuente de agua mejorada, 1% de niños con peso inferior a la media de su edad y 5.6% de la población con ingresos de \$2 dolares diarios o menos) da cuenta de 12.9% de prevalencia de PCD. Por otro lado, Bolivia, el último en el IPH-1 de los países andinos (15.5% de posibilidades al nacer de no llegar a los 40 años, 13.3% de analfabetismo de adultos, 15% de población sin fuente de agua mejorada, 8% de niños con peso inferior a la media de su edad y 42.2% de la población con ingresos de \$2 dolares diarios o menos) reporta 3.8% de prevalencia.

El caso de Ecuador es mas coherente: presenta una prevalencia de 12.1% de discapacidad con un IPH-1 que es el penúltimo de los 6 países (8.1% de posibilidades al nacer de no llegar a los 40 años, 9% de analfabetismo de adultos, 6% de población sin fuente de agua mejorada, 12% de niños con peso inferior a la media de su edad y 40.8% de la población con ingresos de \$2 dolares diarios o menos).

En todos los países, la pobreza rural parece ser sustantivamente mayor que la urbana, siendo en el campo donde se asienta el más alto porcentaje de población en pobreza extrema. Sin embargo, de los países andinos, sólo Bolivia presenta –según su data oficial- una mayor población con discapacidad en la zona rural (un 57%), mientras el resto da cuenta de entre 63 y 88% ubicada en las zonas urbanas.

En **segundo lugar** resaltan, vinculadas a la pobreza, **la inequidad y la exclusión de importantes sectores de la población respecto a derechos y servicios fundamentales**. Este tema lo que apunta a medir el Índice de Desarrollo Humano. En el caso de los países andinos, al 2005:

- **Chile** está por delante en el puesto 40 a nivel mundial (IDH 0.867) con 78.3 años de esperanza de vida, 95.7% de alfabetización de adultos, 82.9% de tasa bruta de matrícula en primaria, secundaria y terciaria. En PCD la alfabetización llega al 90%.
- **Venezuela** ocupa el puesto 74 a nivel mundial (IDH 0.792) con 73.8 años de esperanza de vida, 93% de alfabetización de adultos, 75.5% de tasa bruta de matrícula en primaria, secundaria y terciaria. En PCD la alfabetización llega apenas al 71%.
- **Colombia** ocupa el puesto 75 a nivel mundial (IDH 0.791) con 72.3 años de esperanza de vida, 92.8% de alfabetización de adultos, 75.1% de tasa bruta de matrícula en primaria, secundaria y terciaria. En PCD la alfabetización llega a 60% solamente.
- **Perú** ocupa el puesto 87 a nivel mundial (IDH 0.773) con 70.7 años de esperanza de vida, 87.9% de alfabetización de adultos, 85.8% de tasa bruta de matrícula en primaria, secundaria y terciaria. En PCD la alfabetización llega al 90% para el caso de Lima Metropolitana y el Callao.
- Sigue **Ecuador** que ocupa el puesto 89 a nivel mundial (IDH 0.772) con 74.7 años de esperanza de vida, 91% de alfabetización de adultos. En PCD la alfabetización llega al 80%.
- Y finaliza **Bolivia** que ocupa el puesto 117 a nivel mundial (IDH 0.695) con 64.7 años de esperanza de vida, 86.7% de alfabetización de adultos, 86% de tasa bruta de matrícula en primaria, secundaria y terciaria. En PCD la alfabetización llega al 54%

En **tercer lugar**, podemos anotar la **ausencia** –por largo tiempo, aunque en algunos países se hayan iniciado cambios recientes- **de estructuras estatales descentralizadas, eficientes y accesibles, así como de presupuestos y políticas públicas adecuadas de prevención, atención y rehabilitación de la discapacidad:**

- **Chile** dedica el 2.9% del PIB a salud pública y el 3.2% a salud privada. Tiene 95 a 90% de niños inmunizados contra la TBC y el sarampión respectivamente y 100% de partos atendidos por personal sanitario especializado.
- **Venezuela** dedica el 2% del PIB a salud pública y el 2.7% a salud privada. Tiene 95 a 76% de niños inmunizados contra la TBC y el sarampión respectivamente y 95% de partos atendidos por personal sanitario especializado.
- **Colombia** dedica el 6.7% del PIB a salud pública y el 1.1% a salud privada. Tiene 87 a 89% de niños inmunizados contra la TBC y el sarampión respectivamente y 96% de partos atendidos por personal sanitario especializado.
- **Perú** dedica el 1.9% del PIB a salud pública y el 2.2% a salud privada. Tiene 93 a 80% de niños inmunizados contra la TBC y el sarampión respectivamente y 73% de partos atendidos por personal sanitario especializado.
- **Ecuador** dedica el 2.2% del PIB a salud pública y el 3.3% a salud privada. Tiene 99 a 93% de niños inmunizados contra la TBC y el

sarampión respectivamente y 75% de partos atendidos por personal sanitario especializado.

- Y **Bolivia** dedica el 4.1% del PIB a salud pública y el 2.7% a salud privada. Tiene 93 a 64% de niños inmunizados contra la TBC y el sarampión respectivamente y 67% de partos atendidos por personal sanitario especializado.

En **cuarto lugar, la violencia de la vida social y la ineficaz regulación y control sobre factores que generan discapacidad** significativamente: el tránsito, las condiciones laborales riesgosas o desprotegidas, son un factor muy importante entre las causas de discapacidad como lo muestra el texto de Pilar Samaniego, citando un estudio del BID.

6. ACCESO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA DE SALUD: PROGRAMAS PREVENTIVOS, CURATIVOS Y DE REHABILITACIÓN (NO SOLO FUNCIONAL SINO SOCIAL, PRODUCTIVA Y PSÍQUICA)

INTRODUCCIÓN:

Las limitaciones presupuestales y la extendida pobreza hacen que el acceso de la población en general, especialmente la pobre, al sistema de salud evidencie múltiples problemas. Mayor aún en el caso de las PCD.

Cabe resaltar los cuadros comparativos de gastos presupuestales en salud y seguridad social que ha desarrollado CEPAL de 1990 al 2005 respecto a América Latina y a los países andinos, que mostramos en la presente sección.

En **Bolivia**, el gasto en salud del sector público no financiero, oscila entre US \$30 dólares per capita (1995) y US \$36 (2004/2005), y entre 3.1% del PBI en 1995 al 3.5% del PBI el 2004/2005.

El gasto del gobierno central de **Chile** va de US \$62 a US \$156 dólares per capita del 90 al 2004/2005, mientras dedica del 2% del PBI el 90/91 y pasa al 2.8% del PBI del 2004/2005. El gasto del gobierno central de Ecuador va de US \$18 dólares per capita en el 90/91 a US \$19 el 2004/2005; y del 1.4% del PBI al 1.2% para salud en esos mismos años.

El gasto del sector público no financiero de **Colombia** pasa de US \$18 per capita el 90/91 en salud a US \$50 el 2004/2005, y del 1% del PBI al 2.3% en ese periodo (aunque el 2002/2003 llegó al 3%).

El gasto publico total del **Perú** va de US \$15 per capita el 90/91 a \$37 el 2004/2005; y de 0.9% del PBI en salud a 1.6%.

Y el presupuesto público acordado de **Venezuela** va de US \$79 per capita en salud (90/91) a US \$77 (2004/2005); manteniendo la dedicación del 1.6% del PBI si comparamos ambos períodos.

Así, queda claro que hay diferentes prioridades en recursos dedicados a la salud: Ecuador esta en el último lugar en porcentaje del PBI asignado salud y también en el per capita asignado a salud. Perú estaba en penúltimo lugar –junto a Bolivia- en US \$ asignados per capita para salud y en esa misma ubicación respecto al PBI dedicado a salud, junto a Venezuela, aunque el per capita venezolano es el segundo en importancia en la región andina. En cambio, Bolivia resultaría el país que mayor porcentaje del PBI dedica a salud, notoriamente (ciertamente por parte de un punto muy bajo). Colombia es el tercero, de los 6, en cuarto en US \$ per capita asignados a salud y en PBI asignado a salud. Chile esta en el primer lugar en per capita en salud y en el segundo respecto al PBI dedicado salud.

Como es evidente, la asignación de recursos es notoriamente insuficiente en todo sentido, afectándose a los países con mayor población pobre. Algo similar ocurre en seguridad social.

Respecto a Seguridad Social, como otro factor importante de acceso a servicios fundamentales, cabe aclarar que Chile es el país que mas recursos per capita le asigna (US \$364 el 2004/2005) y Ecuador y Bolivia los que menos le asignan (US \$34 y \$46). Colombia le dedica el mayor porcentaje del PBI a la Seguridad Social de los 6 países del ORAS-CONHU el 2005: un 6.8%, seguido por Chile con un 6.5% y Bolivia con un 4.5%, mientras Perú y Venezuela dedican el 4.2% y 4.1% respectivamente, y Ecuador el 2.2%, según data de CEPAL.

Si la enfermedad es reconocida como una de las causas fundamentales de discapacidad en los países de AL y de la ORAS-CONHU, cabe resaltar que diversos estudios “señalan que en su mayoría son prevenibles desde la Atención Primaria de Salud (APS), identificada en la Declaración de Alma Ata (1978) como la clave para lograr la salud para todos porque su objetivo es dispensar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación” (Pilar Samaniego, Pág. 239).

“Se considera que la responsabilidad del sistema de salud es prestar asistencia médica y servicios de rehabilitación, incluidas las ayudas técnicas. En términos de cobertura (para las PCD), las encuestas señalan que:

En **Chile** (FONADIS-INE 2004), una de cada cuatro personas durante el último año no ha accedido a servicios relacionados con su

discapacidad; tres de cuatro personas con discapacidad que han recibido servicios, lo han hecho en el sector público. El nivel de satisfacción señalado es: Muy satisfecho: 13.7% (sector público), 18.5% (sector Privado). Satisfecho: 56.3% (sector público), 57.5% (sector Privado).

En **Ecuador** (CONADIS-INEC 2004), el 67.34% de personas con discapacidad con limitación grave registra haber usado servicios de salud y el 86.17% indica necesitarlos. El 26.8% informa que sí utiliza ayudas técnicas.

Perú (CEEDIS 2005), señala que más de la tercera parte de los embarazos no son atendidos y el 52% de los partos ocurre sin cuidado ni atención alguna; en el sector rural apenas el 21% de partos son atendidos.” (Pilar Samaniego, Pág. 240-241)

Samaniego dice que hay que tomar nota que en la Región la atención de salud está relacionada con el estado ocupacional, en consecuencia, altas tasas de desempleo pueden significar privación de atención. Las personas con discapacidad de muchos países señalan que no pueden acceder a una cobertura médica porque carecen de recursos, que los servicios son deficitarios y que el sistema no cuenta con suficientes profesionales médicos debidamente capacitados para la atención a personas con discapacidad (CIR/IDRM 2005).

Señala que los problemas no sólo se limitan al problema de prevención (que incluyen no sólo atención de partos, vacunación, etc. sino los problemas de alimentación, servicios de agua y desagüe, entre otros) y el acceso a los servicios de curación, sino que es muy grave en rehabilitación. Hay, dice, “servicios de rehabilitación en centros asistenciales cuya complejidad es tan alta como la exclusividad que los torna inalcanzables para una gran mayoría. Hay un déficit bastante grave en los niveles intermedios y primarios de los sistemas de salud, que se suma a la poca disponibilidad de talleres de órtesis y prótesis y a la escasa provisión de otros aditamentos o dispositivos de asistencia técnica para las personas con discapacidad que los requieran (OPS-OMS, 2002).

Por estas circunstancias se ve a las actividades de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) como una opción con las limitaciones que éstas conllevan, entre otras, se sabe que no suele haber personal especializado de salud o rehabilitación.

Corresponde al personal de Atención Primaria de Salud (APS): identificar las deficiencias de forma temprana, realizar las intervenciones básicas requeridas por las personas con discapacidad, transmitir nociones teórico-prácticas de rehabilitación a la comunidad y en particular a los agentes de los programas de RBC, fortalecer los servicios especializados y buscar procesos de

colaboración entre ellos para lograr la máxima eficacia (OIT-UNESCO-OMS, 2004).” (Samaniego Pág. 242)

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud señalan que sólo un 2% de las personas con algún tipo de discapacidad en el mundo tienen acceso a una rehabilitación integral. Con esa data es que la OMS dirige su atención a la búsqueda de alternativas para mejorar esas cifras.

Así a principios de los 80, se plantea reorientar el modelo de rehabilitación, centrado sólo en la atención médica, hacia uno que incluyera además la participación activa de las mismas personas con discapacidad, de los familiares, actores locales y de los profesionales. Así se plantea la llamada **Rehabilitación Basada en la Comunidad**, con un enfoque que tuvo su origen justamente en la dificultad de acceso de los pacientes de países subdesarrollados a los centros asistenciales y, por ende, a los especialistas en la materia.

Este modelo, además de entregar a la PCD el acceso a la necesaria rehabilitación, logra una continuidad en el tratamiento y genera condiciones para que la comunidad se apropie del proceso de rehabilitación en forma cada vez más activa.

Veamos la políticas de salud, el manejo de prevención y acceso al sistema de salud –en los que hay circunstancias desiguales en los países de la ORAS-CONHU- y los temas de la rehabilitación incidiendo en la RBC.

**INDICADORES DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SALUD a/
1990/1991 - 2004/2005 b/**

País	Cobertura institucional	Gasto público social											
		Per cápita (en dólares del 2000)				Como porcentaje del producto interno bruto				Como porcentaje del gasto público total c/			
		1990/1991	1994/1995	2000/2001	2004/2005	1990/1991	1994/1995	2000/2001	2004/2005	1990/1991	1994/1995	2000/2001	2004/2005
Bolivia	Gobierno Central	9	12	13	...	1.0	1.2	1.3	...	6.9	4.9	3.8	...
	Sector Público No Financiero c/	...	30	36	36	...	3.1	3.6	3.5	...	9.2	10.9	12.0
Chile	Gobierno Central	62	97	144	156	2.0	2.4	2.9	2.8	9.4	12.2	13.0	14.3
Colombia	Sector Público No Financiero	18	60	61	50	1.0	2.9	3.0	2.3	4.2	10.1	7.5	...
Ecuador	Gobierno Central	18	11	10	19	1.4	0.8	0.8	1.2	8.1	4.5	3.3	5.5
Perú	Gobierno Central Presupuestario	15	25	36	...	0.9	1.3	1.7	...	7.4	7.6	10.2	...
	Sector Público Total	...	...	32	37	...	...	1.5	1.6	...	...	9.0	8.9
Venezuela (Rep. Bol. de)	Gobierno Central Presupuestario - acordado d/	79	56	71	77	1.6	1.1	1.5	1.6	5.9	5.0	4.7	5.6
	Gobierno Central Presupuestario - ejecutado	...	...	67	...	...	...	1.4	...	...	...	5.8	...
Cuba	Gobierno Central	...	...	135	182	5.0	5.6	5.2	6.0	6.4	7.8	11.1	11.0
Estados Unidos e/								13.0					
Unión Europea e/								9.3					
Mundo e/								7.5					

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información extraída de la base de datos sobre gasto social.

Elaboración: Propia

a/ Incluye el gasto público en salud y nutrición

b/ Las cifras presentadas corresponden al promedio simple del bienio referido.

c/ Las cifras implícitas del gasto público total pueden diferir de otras publicadas debido a diferencias metodológicas en la contabilización de los gastos en las clasificaciones económicas, administrativas y funcionales.

c/ La cifra bajo el cabezal 1994/1995 corresponde al año 1995.

d/ Corresponde a la ley de presupuesto y sus modificaciones al 31 de diciembre de cada año.

e/ Datos correspondientes sólo al año 2000

**INDICADORES DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SEGURIDAD SOCIAL a/
1990/1991 - 2004/2005 b/**

País	Cobertura institucional	Gasto público social											
		Per cápita (en dólares del 2000)				Como porcentaje del producto interno bruto				Como porcentaje del gasto público total c/			
		1990/1991	1994/1995	2000/2001	2004/2005	1990/1991	1994/1995	2000/2001	2004/2005	1990/1991	1994/1995	2000/2001	2004/2005
Bolivia	Gobierno Central	6.5	8.5	50	...	0.7	0.9	5.0	...	4.5	3.4	14.6	...
	Sector Público No Financiero d/	...	14	45	46	...	1.4	4.5	4.5	...	4.2	13.6	15.1
Chile	Gobierno Central	259	296	393	364	8.1	7.2	7.9	6.5	39.3	37.5	35.5	33.4
Colombia	Sector Público No Financiero	47	93	97	148	2.5	4.5	4.8	6.8	10.9	15.6	12.0	...
Ecuador	Gobierno Central	41	29	23	34	3.2	2.2	1.7	2.2	18.5	12.1	7.3	10.1
Perú	Gobierno Central Presupuestario	23	48	68	...	1.3	2.5	3.3	...	11.4	14.9	19.2	...
	Sector Público Total	...	...	81	98	...	...	3.9	4.2	...	...	23.2	23.9
Venezuela (Rep. Bol. de)	Gobierno Central Presupuestario - acordado e/	101	115	179	198	2.0	2.3	3.7	4.1	7.5	10.3	12.0	14.4
	Gobierno Central Presupuestario - ejecutado	...	...	100	...	...	...	2.0	...	...	...	8.8	...
Cuba	Gobierno Central	...	...	156	231	7.0	8.6	6.1	7.6	8.9	11.9	12.9	14.0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información extraída de la base de datos sobre gasto social.

Elaboración: Propia

a/ Incluye el gasto público en seguridad social, trabajo y asistencia social.

b/ Las cifras presentadas corresponden al promedio simple del bienio referido.

c/ Las cifras implícitas del gasto público total pueden diferir de otras publicadas debido a diferencias metodológicas en la contabilización de los gastos en las clasificaciones económicas, administrativas y funcionales.

d/ La cifra bajo el cabezal 1994/1995 corresponde al año 1995.

e/ Corresponde a la ley de presupuesto y sus modificaciones al 31 de diciembre de cada año.

6.1. BOLIVIA

El Informe Regional de las Américas 2004¹⁶, elaborado por el IDRM – Monitoreo Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad – es un valioso instrumento de consulta que aborda de “manera coordinada, sistemática y sostenida los problemas, los avances y las barreras que enfrentan las personas con discapacidad” en 24 naciones del continente. El Informe es una mirada de la situación de la discapacidad desde la sociedad civil y los investigadores que lo han hecho posible pertenecen a la comunidad de PCD

Precisamente de dicho Informe (CIR/IDRM 2004) extraemos el acápite correspondiente a salud de Bolivia, haciendo la atinencia que su elaboración ha correspondido al periodo del 2º semestre de 2003.

“En **Bolivia**, el acceso a seguros médicos y la atención de la salud es restringido para las personas con discapacidad. El Gobierno aprobó el 16 de Diciembre de 2005 (DS 28521) la creación de un Registro Nacional de Personas con Discapacidad que permitirá determinar el número de personas con discapacidad que necesitan un seguro médico e identificar las fuentes de financiamiento”.¹⁷ Y, en Agosto 2006, el gobierno firmó un proyecto de cooperación con la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) para desarrollar el Registro

En Julio del 2007 (según el blog “eldeber.com.bo”) se presentaron quejas respecto al registro: “El Registro Único de Personas con Discapacidad avanza muy lento, por esta razón no mejora la calidad de vida ni la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familiares”, afirmó la secretaria general de la Confederación Boliviana de las Personas con Discapacidad, Flora Siñani.” Y, en el 2008, el gobierno firmó otro proyecto de cooperación JICA para implementar la fase II del Registro. Al 3 de setiembre del 2008 sólo se había registrado 11,938 personas con discapacidad.

“El Código de Seguridad Social protege a las personas con discapacidad que han adquirido una discapacidad en su trabajo.¹⁸ Las personas con discapacidad visual están cubiertas por un seguro de corto plazo y por un sistema de atención médica del Instituto Boliviano de la Ceguera, que ofrece un seguro integral de corto plazo para personas ciegas. El financiamiento del Instituto proviene del Tesoro General de la Nación (TGN) y el 5% de los recursos se destina anualmente al seguro de corto plazo (CIR/IDRM 2004).”¹⁹

¹⁶ CIR/IDRM (Center for International Rehabilitation / International Disability Rights Monitor), (2004). *Informe Regional de las Américas 2004*. Chicago: CIR.

¹⁷ Entrevista con el Jefe de la Unidad de Previsión Social Área Discapacidad del Ministerio de Salud, La Paz, 12 de septiembre de 2003. y <http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/decreto-supremo-28521-del-16-diciembre-2005.htm>

¹⁸ Entrevista con el Director de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, 28 de noviembre de 2003.

¹⁹ Entrevista con el Director Ejecutivo del Instituto Boliviano de la Ceguera.

Hasta el 2004 inclusive, Samaniego sostiene: “Por lo general, el gobierno no destina recursos financieros para la prestación de servicios de salud a las personas con discapacidad.²⁰ La Dirección de Rehabilitación del Ministerio de Salud se cerró en el año 1994, pero existen iniciativas en marcha para su reapertura.²¹ Las personas que cuentan con un seguro de salud y que han adquirido una discapacidad en un accidente, pueden acceder a ciertos beneficios a través del centro de Rehabilitación Nacional de la Paz, de la Caja Nacional de Salud. Este centro ofrece servicios de medicina reconstructiva y de rehabilitación personal. El apoyo financiero está limitado a la rehabilitación física.²² Los servicios de rehabilitación financiados por organizaciones públicas y mixtas se prestan en las ciudades más importantes, como La Paz, El Alto, Santa Cruz, Sucre y Cochabamba.”²³

“Las ayudas técnicas para fines de rehabilitación son financiadas con fondos públicos.²⁴ Algunas organizaciones privadas suministran instrumentos ortopédicos a las personas con discapacidad. La Asociación para Rehabilitación de Ciegos y Ampliopes (APRECIA) de Santa Cruz proporciona importantes recursos tecnológicos a las personas ciegas”.

“En La Paz, la entidad denominada Banco de Sillas de Ruedas (BANDESIR) facilita sillas de ruedas a personas de bajos ingresos en calidad de préstamo y RTP (Radio Televisión Popular) desarrolla campañas para recaudar fondos con el fin de ayudar a las personas carenciadas que necesitan sillas de ruedas, otros dispositivos ortopédicos o tratamientos especializados en rehabilitación.²⁵ El Rotary Club, el Club de Leones y los Caballeros de Malta también participan en estas campañas para brindar ayudas técnicas.²⁶ Además, el CONALPEDIS y el Gabinete de la Primera Dama gestionan donaciones extranjeras de ayudas técnicas.”²⁷

“Según el Ministerio de Salud, no se dictan cursos de capacitación para estudiantes de medicina sobre la atención de personas con discapacidad. Los profesionales en medicina adquieren los conocimientos básicos sobre la atención de personas con discapacidad en sus cursos generales o en cursos especiales de traumatología, oftalmología y otorrinolaringología.²⁸ En las residencias médicas se ofrece cierta capacitación en algunas

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Entrevista con el Director Ejecutivo del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad.

²² *Ibidem*.

²³ Mirjam Guevara, *Ofertas Educativas para Personas con Necesidades Educativas Especiales en Bolivia*, (UNESCO, UNICEF y Asociación Alemana para la Educación de Adultos, La Paz, 1997), 14-15.

²⁴ Entrevista con el Director de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes.

²⁵ Panel de discusión.

²⁶ Entrevista con el Director Ejecutivo del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Entrevista con el Director de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes.

especialidades, en particular en terapia ocupacional, terapia física, fisioterapia, órtesis y prótesis.”²⁹

“Si bien todos los médicos pueden acceder a la capacitación especializada en la atención a las personas con discapacidad, la participación y el interés real son muy bajos. El Ministerio de Salud señala que sólo 2% de médicos de cuidados primarios, 4% de pediatras y 1% de asistentes médicos participan en los cursos de capacitación. En Bolivia, existen 12 especialistas en rehabilitación con título profesional. Además, existen aproximadamente 70 médicos que se han especializado en rehabilitación a través de la autoformación.”³⁰

“El Ministerio de Salud no ha implementado aún una estrategia de Rehabilitación basada en la comunidad (RBC); sin embargo, tiene proyectado hacerlo en el año 2004.”³¹ A mediados del 2008 el proyecto de RBC seguía siendo un proyecto según la prensa especializada boliviana.

“En 1999 se puso en marcha un programa piloto, que incluyó las iniciativas de detección temprana de discapacidades. El trabajo se realizó fundamentalmente en el departamento de Cochabamba, en zonas marginales y municipalidades rurales de La Paz, y en el departamento de Tarija. Además, se dictaron cursos sobre rehabilitación basada en la comunidad a todos los directores ejecutivos de los Comités Departamentales a fin de facilitar la implementación del programa de RBC.”³²

A lo dicho líneas arriba, podemos agregar que desde el 2002 existe el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que ha tenido una cobertura –hasta la fecha- de aproximadamente el 58% de los partos y, a decir de los funcionarios del ministerio de salud, este seguro habría prevenido el nacimiento de niños con discapacidad; dato que no cuenta con información estadística de respaldo.

También es necesario hacer mención que el Seguro Universal de Salud (SUS) no tiene cobertura para la atención de enfermedades específicas de discapacidad (como las cardíacas del los niños con síndrome de down), lo que viene siendo cubierto –en parte- por la RED EQUIDAD, integrado por un conglomerado de entidades públicas y organizaciones de/para PCD. Así, lo sostiene el Servicio Internacional Británico (pagina Web IS-Bolivia.org) el año 2008.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Deportes ha conformado el Área de Discapacidad, Rehabilitación y Habilidad Bio-psico-social y creado el Programa Solidaridad, orientado a brindar habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las

²⁹ Entrevista con el Director Ejecutivo del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad.

³⁰ Entrevista con el Director de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes.

³¹ *Ibidem*.

³² *Ibidem*.

PCD y lograr la inclusión social de grupos desprotegidos que viven en extrema pobreza.

Así mismo, este ministerio viene promoviendo la ejecución de algunos proyectos como: (1) Conocer las causas de la discapacidad, a través de un proyecto piloto en 2 municipios; (2) Creación del Instituto Nacional de Rehabilitación Modelo; (3) Banco de órtesis, prótesis y ayudas técnicas; RBV; entre otros.

6.2. CHILE

Es importante destacar que con el retorno a la democracia, Chile experimentó cambios en diversos ámbitos. Uno de ellos el referido a la atención de las PCD. Hacia 1990 se establece la Unidad de Rehabilitación al interior del Departamento de Programas de las Personas, de la División de Programas de Salud, que incorpora equipos especializados en medicina física y rehabilitación en los servicios de salud.

A su vez se crea la Unidad de Salud Mental, encargada de impulsar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

La Unidad de Rehabilitación mantiene contacto con todos los Servicios de Salud y los Centros de Rehabilitación a nivel nacional, buscando asegurar a las personas con discapacidad el derecho a la atención integral en rehabilitación.

Al 2005, Chile contaba con 16 servicios de Medicina Física y Rehabilitación, y con Unidades de Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y otras prestaciones en 26 Servicios de Salud a lo largo del país. Además, el MINSAL (Ministerio de Salud) dispone del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, INRPAC, que a nivel nacional, es el único que entrega rehabilitación física integral a nivel público. En INRPAC en el 2005 publicó –como parte de su proyecto rehabilitatorio- dos materiales: “Procedimientos Clínicos en Rehabilitación” y las “Guías de Cuidados Básicos de Rehabilitación”.

El MINSAL ha implementado a nivel de la atención primaria, es decir, a nivel de los consultorios, Programas de Atención a la Discapacidad, que ha ampliado la atención hacia pacientes postrados y a programas de atención domiciliaria con componente comunitario, mediante un Convenio con el Gobierno de Japón, especialmente en materias de discapacidad en la atención primaria.

La Unidad de Salud Mental ha desarrollado una Red de Servicios de Psiquiatría en los Hospitales Generales, los Hospitales de Día, Hogares y Talleres Protegidos y la Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.

A su vez a través de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN, presentes en todos los Servicios de Salud, el MINSAL Califica y Certifica el tipo y grado de la Discapacidad.

Es importante señalar que la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del 2000, a cargo del Ministerio de Salud, reporta un dato relevante: 89.4% de la población con discapacidad que declara que no accede a los servicios de rehabilitación, a diferencia del 10.5% que declara si hacerlo, como puede apreciarse en el cuadro adjunto. Esta información fue tomada en cuenta para la elaboración del Plan Nacional de Acción para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.

ACCESO A SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD							
	0-14 años	15-19 años	20-44 años	45-64 años	65-74 años	75 y más	TOTAL
SI	48.994 13.8%	18.519 12.8%	78.582 9.7%	93.134 8.5%	50.477 11.5%	49.357 13.2%	339.063 10.5%
NO	304.919 86.2%	125.773 86.7%	730.565 90.3%	1.005.661 91.5%	387.130 88.5%	325.066 86.8%	2.879.114 89.4%
TOTAL	353.913	145.087	809.147	1.098.795	437.607	374.423	3.218.972

Fuente MINSAL, ENCAVI 2000

Sin embargo, es la estrategia de **Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC** una de las experiencias rehabilitadoras más interesante que muestra Chile, en pleno proceso de construcción. La RBC es impulsada a través de la Red de atención primaria de salud, específicamente en los Centros de Salud Familiar – CESFAM del MINSAL, con la instalación de Centros de Rehabilitación Comunitaria incorporando en sus programas regulares la detección de retraso psicomotor la derivación y/o co-intervención de los casos detectados.

Eladio Recabarren³³, terapeuta ocupacional y supervisor de proyectos del Fonadis, señala que la RBC *“es un modelo integral, complejo, orientado a obtener el máximo de resultados posibles, con una alta intervención. No se trata, como muchos piensan, de contar con un par de colchonetas para que los discapacitados hagan unos cuantos ejercicios y que sus familiares aprendan luego a realizarlos en el hogar... Es un sistema sanitario que se hace responsable de la salud de una comunidad determinada, en donde la discapacidad es una variable más, como pueden ser los hipertensos o los diabéticos. Si se requiere implementar tecnología a nivel comunitario, habrá que hacerlo, lo mismo si se requiere desplazar especialistas que capaciten intensamente a actores comunitarios”*.

El MINSAL viene implementando un Sistema de Rehabilitación Física y Sensorial basada en la comunidad, complementado con Manuales y Guías Clínicas, entre otros.

³³ Revista ATREVETE, N°. 56, órgano institucional de FONADIS.

Al 2006 tenía ya implementado 7 Centros Comunitarios de Rehabilitación e instaló unos 20 proyectos en igual número de ciudades hasta el 2007. También los Servicios de Salud de las regiones, progresivamente han ido incorporando el componente RBC, constituyendo Redes Regionales de Rehabilitación.

En otra área, también desarrollan el denominado Plan AUGE, dirigido a la detección precoz de la Hipoacusia en niños prematuros. A nivel del MINSAL han instalado una Mesa de Prevención, a efectos de maximizar esfuerzos y proyectar acciones preventivas en atención primaria.

6.3. COLOMBIA

Según la Vicepresidencia de Colombia, en su página Web sobre el Programa de DDHH³⁴, el derecho al acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad esta legalmente garantizado:

“A partir de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993 se creó en Colombia el Sistema General de Seguridad Social y Salud. Con este Sistema, se busca lograr un servicio de salud más solidario y equitativo entre todos los ciudadanos, y que los que tienen mayores ingresos, subsidien a los menos favorecidos.

“Con base en este criterio es que encontramos que los servicios de salud de prestan a través de las administradoras del Régimen contributivo, que es el caso de las EPS o del Régimen subsidiado, mediante las ARS.

”Las personas con discapacidad son una población vulnerable, y por lo tanto, su acceso a los servicios de salud debe ser una prioridad para los alcaldes y los gobernadores, que son los que focalizan los recursos en salud, según lo señalado en la Ley 715 de 2002.

”En cuanto a la cobertura de los servicios de salud, es el Plan Obligatorio de Salud - POS el que decide su contenido y alcance. Este Plan es decidido por el Consejo Nacional de Seguridad Social y Salud, que es la máxima autoridad en salud en Colombia.

”Es fundamental que la comunidad con discapacidad, a través de sus asociaciones, del Comité Consultivo Nacional de Discapacidad, de los Comités Departamentales de Discapacidad y los Comités Municipales de Discapacidad, y sus representantes en los consejos de política social promuevan permanentemente ante sus autoridades locales - gobernadores y alcaldes, Consejos, Asambleas y ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la inclusión de planes y programas de salud y rehabilitación integral que los

³⁴ <http://www.discapacidad.gov.co/salud/index.htm>

beneficien, en armonía con las demás necesidades de la población colombiana.

”La Ley 361 de 1997 señala que las personas con discapacidad deben estar identificadas como tales en el carné de afiliación al Sistema de Seguridad en Salud, que les servirá para reclamar sus derechos específicos. Este carné debe indicar el tipo de discapacidad que posee la persona, si es física, psíquica o sensorial. (**Resolución 02178 de 1998**)

Igualmente, es importante recordar que el Comité Nacional para la Protección del Menor Deficiente- (**Decreto 2737 de 1989, Título 7 Capítulo 2 artículos 229 y 230**) está encargado de prevenir y detectar las deficiencias en los menores y dar subsidios familiares para el acceso a los servicios de salud de estos menores.

“La correcta prestación de los servicios de salud es vigilada y controlada por la Superintendencia Nacional de Salud y por las Secretarías de Salud Departamentales y/o las Secretarías de Salud Municipales.

“Sin embargo, además de estos órganos de control, recordemos que es nuestro deber como ciudadanos, velar porque los recursos en salud sean administrados transparente y eficientemente por nuestros alcaldes y gobernadores conforme a las necesidades de la población, y parámetros básicos de calidad en la prestación de los servicios.” (<http://www.discapacidad.gov.co/salud/index.htm>)

Citamos, a continuación el informe oficial de **Colombia** sobre atención de salud relacionada con rehabilitación. Señala que la RBC responde al cambio del cuidado institucional al cuidado en el hogar, a la reestructuración del cuidado de la salud y provee entrenamiento tanto a los cuidadores como a los profesionales de las áreas sociales y de la salud; buscando ante todo el reconocimiento de la persona con discapacidad, como una persona con habilidades y destrezas para la realización de sus actividades.

Parte del reconocimiento de la persona con discapacidad como un ser bio-psico-social, de tal manera que se contemplan acciones de forma coordinada en los tres ejes lo que significa integralidad de la atención. Esta integralidad considera a través de todo el proceso el proyecto de vida de la persona con discapacidad. Reconoce a la familia como fundamental para liderar la propuesta de su hijo, hija o familiar, por lo que requiere información y soporte permanente. Reconoce que no es suficiente pertenecer a una familia, es importante su valoración como miembro de una comunidad. Proponen acciones y estrategias de integración que faciliten la participación de la persona con discapacidad en las comunidades regulares.

Las actividades se centran en formación, información y desarrollo de habilidades hacia la persona con discapacidad, la familia, la comunidad, los profesionales de salud, quienes participan para proveer los servicios requeridos en un ambiente comunitario no institucional.

En Bogotá, se caracterizan por:

- La presencia de un profesional referente de las actividades en el ámbito Local y con capacidad de dar orientación sobre derechos y deberes a las personas con discapacidad, las familias y las instituciones. En cada una de las 20 Localidades hay un encargado del programa.
- La existencia de una red de apoyo social ó Consejo Local de Discapacidad en el que participan los representantes de las personas con discapacidad y sus familias, los entes político, educativo, salud, bienestar social y familiar, recreación, cultura y vocacional, con el fin coordinar las acciones en el ámbito Local.
- El desarrollo de acciones educativas a la comunidad como la formación de líderes en procesos de rehabilitación para favorecer la integración social.
- La realización de trabajo permanente y conjunto con la familia de las personas con discapacidad quienes se convierten en el recurso más importante. Sus habilidades y conocimientos son promovidos por un adecuado entrenamiento y supervisión, usando tecnología relacionada con la experiencia local.
- La asesoría a las personas con discapacidad en ambientes naturales con el fin de lograr el máximo de funcionalidad.
- La organización de la información de la oferta de servicios de atención a la población con discapacidad y de la demanda acorde con el sistema de información.
- La difusión de logros y alcances de las personas con discapacidad deben ser reconocidos por todos los miembros de la sociedad.

En cuanto a los bancos de ayudas técnicas, éstos constituyen centros responsables del suministro, administración y cuidados relacionados con equipos de ayuda para discapacidades motrices, comunicativas, sensoriales y cognitivas. La Secretaría Distrital de Salud en convenio con el Ministerio de Salud inició la conformación de cinco Bancos de Ayudas Técnicas que se incrementan con la participación de los Fondos de Desarrollo Local (hospitales: Simón Bolívar, La Victoria, Tunal, Suba, Usme, San Cristóbal, Del Sur).

Entre las ayudas más solicitadas se encuentran las sillas de ruedas, los bastones guadores para las personas ciegas, audífonos, muletas, andadores y bastones canadienses. Las ayudas técnicas se entregan bajo prescripción profesional en calidad de préstamo, una vez el beneficiario deje de usarlo, lo devuelve para el aprovechamiento de otras personas.

La rehabilitación funcional es asumida como la combinación de técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a mejorar, mantener o restaurar la función física, psicológica o social previniendo, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la edad, la enfermedad o los accidentes, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional de las personas para desempeñarse adecuadamente en su ambiente físico, familiar, social y laboral.

El Informe Regional de las Américas 2004 – IDRM, que hemos reseñado para otros países, recoge de sus investigadores la situación de las PCD en Colombia, en términos similares a los reseñados anteriormente y agrega que “El gobierno colombiano financia servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en todo el país a través de Ministerio de la Protección Social. Estos servicios se financian con recursos del Presupuesto General de la Nación a través del proyecto denominado *“Implantación de proyectos especiales para población en condiciones especiales: Salud mental, discapacidad y desplazados”*.³⁵ En el año 2003 se aprobó un presupuesto de dos mil quinientos millones de pesos (USD \$926.000) para su distribución entre catorce departamentos³⁶ ... para que se ejecuten programas de **Prevención y Atención a la Discapacidad**, se desarrollen acciones y estrategias de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y se creen bancos de ayudas técnicas.³⁷ Estos bancos están destinados a las personas que no forman parte del SGSSS o para aquéllos que pertenecen al régimen subsidiado, en el cual la provisión de ayudas técnicas está excluida del plan de beneficios.

Por otro lado, “el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) se ocupa de buscar hogares sustitutos, sólo para los niños con discapacidad en estado de abandono, que se encargan de brindarles los cuidados personales. Cada hogar sustituto recibe del ICBF un aporte económico que debe ser invertido en alimentación, vestido, recreación y útiles escolares. La atención en salud se brinda mediante la vinculación del niño al Sistema Subsidiado de Salud de las respectivas ciudades.³⁸

³⁵ Lucy Wartenberg (Directora de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social), entrevistada por el autor, Bogotá, 4 de diciembre de 2003.

³⁶ Resolución 2529

³⁷ Lucy Wartenberg.

³⁸ María Victoria Álvarez Córdoba (Coordinadora centro Zonal Armenia Norte, ICBF), entrevistada por el autor, Armenia, 30 de octubre de 2003.

6.4. ECUADOR

Siguiendo, con la importante información consignada en el Informe Regional de las Américas 2004, CIR-IDRM, pasamos a consignar lo relativo a la situación de la salud de las PCD en Ecuador.

“El gasto en salud representa sólo el 1,6% del presupuesto de Ecuador.³⁹

“Los seguros de salud, de accidentes y de jubilación cubren sólo al 15,6% de la población con discapacidad. El 84,4% restante no tiene ningún tipo de beneficio social en comparación con el 75% de la población general. De las personas con discapacidad que tienen cobertura, el 43,9% está afiliado al sistema de seguro social general, el 52,3% al seguro para trabajadores agrícolas, y el 3,9% a algún seguro privado.⁴⁰ El gobierno ofrece servicios de rehabilitación para aquellos que no tienen cobertura a través de los Centros Estatales de Salud dependientes del Sistema Nacional de Salud.⁴¹ No obstante, la calidad de los servicios de salud provistos por el Sistema Nacional de Salud del Ecuador es deficiente. Al problema de la falta de financiación se suma la inexistencia de modelos de intervención adecuados y las falencias en la prestación de los servicios.⁴²

“Como consecuencia de la descentralización que se llevó a cabo en la década de los noventa, los servicios de salud suelen estar duplicados, por lo que el sistema de atención médica carece de coordinación y resulta ser menos eficiente.⁴³ En general, es más fácil acceder a todos los servicios en Quito y Guayaquil que en las provincias.⁴⁴

“Se ofrecen algunos fondos públicos adicionales para atención médica y rehabilitación, los cuales se canalizan a través del CONADIS. Un programa provee apoyo financiero para exámenes médicos especiales, medicamentos y ayudas técnicas para personas con discapacidad física, auditiva, visual y mental. Además, el CONADIS supervisa un programa dirigido a aquellos que no pueden solventar los servicios médicos, mediante el cual se otorgan subsidios para la compra de medicamentos e insumos médicos para personas que tienen alguna discapacidad como consecuencia de una lesión medular, epilepsia o trastornos del desarrollo. El Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), la Red de Diálogo Macroeconómico (REDIMA) y el Centro Nacional de Epilepsia participan de este programa. INNFA brinda servicios a través del

³⁹ Martha Moncayo, “Gasto Social: Ecuador no le da importancia”, (Quito, 14 de febrero de 2003; Daniel Badillo (consultor), “El Gasto Social en la Plataforma Presupuestaria 2004”, (presentación ante UNICEF, septiembre de 2004).

⁴⁰ Situación Actual de las Personas con Discapacidad en el Ecuador.

⁴¹ Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, (Quito, octubre de 2002).

⁴² Mariana Naranjo Bonilla, Informe Hacia la Cobertura Universal de los Servicios Sociales Básicos, 2003 – 2020, Cuadro N° 8, Ecuador, Indicadores básicos de salud.

⁴³ OPS, “Situación General y Tendencias de Salud en Ecuador”, La salud en las Américas, 2002.

⁴⁴ CONADIS, <http://www.conadis.gov.cc>.

Programa de Acción Médica Solidaria y Discapacidades.⁴⁵ Un tercer programa del CONADIS creó una "Beca Solidaria" para que los niños afectados por el deterioro de la situación económica en Ecuador puedan continuar recibiendo rehabilitación y/o educación.

"Otras organizaciones que brindan servicios de rehabilitación con fondos públicos son la Fundación Hermano Miguel, la Sociedad Ecuatoriana Pro Rehabilitación de los Lisiados (SERLI) y el Programa de Acción Médica Solidaria y Discapacidades (PAMSyD).⁴⁶ En el marco de este programa se brindan servicios a través de diversos centros, a saber: Centros de Rehabilitación Médica, Centros Auditivos Orales, Servicios Médicos Sociales, Centro de Formación y Capacitación Laboral para Ciegos (CEFOCLAC) y Hogares para ancianos. Los institutos de seguridad social ofrecen servicios a aquellos que tienen derecho a recibir las prestaciones de seguridad social. Estos servicios se encuentran disponibles a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISPOL).⁴⁷

"Si bien la carrera de medicina no incluye la formación en la prestación de servicios a personas con discapacidad, existen algunos seminarios y talleres dirigidos a médicos en ejercicio. Según un informe de la OPS sobre Ecuador, la mayoría de las actividades educativas relacionadas con servicios de salud son organizadas por las asociaciones médicas y las asociaciones y fundaciones profesionales.⁴⁸ Dado que estos programas no están coordinados por ningún sistema, a menudo están duplicados. La mayoría de los servicios se prestan con el apoyo de empresas privadas. Sin embargo, no hay un registro que indique la cantidad ni el tipo de actividades ni tampoco la cantidad de participantes. En respuesta a la falta general de capacitación, el CONADIS y el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) propusieron un programa llamado "Universidad para todos", que apunta a incorporar la problemática de la discapacidad en la formación profesional.

"Los servicios de prevención de la discapacidad también son deficientes en Ecuador. En el Estudio de la Salud Materna, los servicios de salud materno-neonatales obtuvieron una calificación de 57/100.⁴⁹

"PRENATAL y NAR están trabajando para capacitar a los profesionales médicos en la prevención de la discapacidad.⁵⁰

⁴⁵ INNFA, <http://www.innfa.org>.

⁴⁶ Fundación Hermano Miguel, <http://www.fundacionhermanomiguel.org/>.

⁴⁷ IEES, <http://www.iess.gov.ec>; <http://www.fuerzasarmadasecuador.org>.

⁴⁸ OPS, *La salud en las Américas II*, 1998.

⁴⁹ Futures Group, *Maternal and Neonatal Program Effort Index: Ecuador* (Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal), <http://futuresgroup.com>.

⁵⁰ PreNatal, Prevención de Discapacidades, <http://www.prenatal.tv/ecuador/proyectos.htm>.

“Actualmente están en marcha algunos programas de Rehabilitación basada en la Comunidad. El Ministerio de Salud capacita a Promotores de Salud, quienes promueven, entre otras cosas, el cuidado de la salud, la higiene, la salud bucal y los primeros auxilios en todo el país.⁵¹ El PRONEPE es un programa del Ministerio de Educación dirigido a niños de 4 a 6 años que ofrece educación alternativa y promueve el desarrollo de las habilidades básicas de los niños.⁵² El Programa "Creciendo con nuestros hijos" a cargo del INNFA es un proyecto nuevo orientado al desarrollo de los niños menores de 6 años que trabaja junto con las familias para que éstas participen en actividades que estimulan el desarrollo de sus niños. Por último, el Programa de Alimentación Escolar atiende a niños entre 5 y 14 años de escasos recursos económicos, que asisten a escuelas de educación básica.⁵³ Cabe señalar que hasta el momento no se ha evaluado técnicamente la eficacia de ninguno de estos programas”.

Es importante señalar que desde mayo del 2007 se ha puesto en marcha el Programa “**Ecuador sin barreras**” que declara como política de Estado la prevención de discapacidades, la atención y rehabilitación de las PCD. Afirma el gobierno que al dotarse ese año de US\$ 4 millones a fin, se podrá avanzar en dotar a las PCD de ayudas técnicas, medicamentos e insumos médicos en todas las provincias de Ecuador, elevando en un 2,500% el número de personas atendidas en comparación al 2006, y que ello representa un incremento del presupuesto para dicho fin en un 2,800%. Sostuvo también que podrían atender a 1,500 niños menores de 5 años en situación de riesgo en las unidades de estimulación temprana a nivel nacional.

Otro tema importante es el Decreto Ejecutivo 1188 del 7 de julio de 2008 que dispone el “estado de emergencia del sistema de prevención de discapacidades, atención y provisión de ayudas técnicas e insumos médicos, prestación de servicios de salud, capacitación y accesibilidad a través del mejoramiento e infraestructura pública; de igual manera al proceso de calificación, registro e identificación de las personas con discapacidad, y en general, en todos los sectores que trabajan, llevan y ejecutan programas de discapacidad” (art.1). Así mismo encarga a los ministerios respectivos desarrollar los programas y proyectos pertinentes, así como al Vicepresidente, Ministro de Economía y Finanzas y al de Coordinación del Desarrollo Social el ejecutar y cumplir el Decreto Ejecutivo.

⁵¹ Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/documentos/html3.html>.

⁵² Ministerio de Educación y Cultura, <http://www.mec.gov.ec>.

⁵³ Ministerio de Educación y Cultura, www.pae.org.ec.

6.5. PERU

El Informe Regional de las Américas 2004, es referido nuevamente en este acápite para el Perú. De allí se toma lo pertinente a servicios de salud.

“En el país existen 73 establecimientos que ofrecen servicios de medicina física y rehabilitación. De ellos, 38 dependen del Ministerio de Salud, 26 dependen de ESSALUD, 7 de las fuerzas armadas y policiales, y 2 son privados. La infraestructura de muchos de estos servicios es insuficiente.⁵⁴

“La ley General de la Persona con Discapacidad, en el artículo 18, establece que “las prótesis, aparatos ortopédicos, medicinas, drogas y toda ayuda compensatoria para la rehabilitación física de las personas con discapacidad serán proporcionados por los servicios de medicina física [del Ministerio de Salud], con el apoyo y coordinación del CONADIS”.⁵⁵ Sin embargo, las normas no se cumplen.⁵⁶

“La escasa partida presupuestaria asignada al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), hoy Instituto Especializado de Rehabilitación del Ministerio de Salud, es el principal factor que limita su accionar. El presupuesto proyectado por el INR para el año 2003 era de \$19.072.894 y el presupuesto asignado fue de \$17.348.025, lo cual representa menos del 1% del presupuesto total del Ministerio de Salud.⁵⁷

“Hace diez años que el Instituto Nacional de Rehabilitación viene trabajando la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. Hasta la fecha, ha celebrado convenios con más de 70 centros de salud del Ministerio de Salud (MINSA). En la práctica, la estrategia sólo funciona como plan piloto dado que todavía no está incluida en los programas de salud que brinda el Estado y, por tanto, carece de presupuesto propio.⁵⁸

“En el Perú, la falta de asignación presupuestaria es un problema grave para la provisión de servicios de salud a las personas con discapacidad. Además de los pocos recursos que se destinan a los servicios de rehabilitación, los fondos para los programas de prevención son insuficientes. Si bien el 87% de los casos de discapacidad son adquiridos, se observa escaso interés en invertir en estos programas.⁵⁹

⁵⁴ Rómulo Alcalá Ramírez. Se considera que la cantidad informada de establecimientos privados es inferior a la real.

⁵⁵ Exposición del Ministro de Salud.

⁵⁶ Javier Díez Canseco (Presidente de la Comisión Especial de Estudios sobre Discapacidad).

⁵⁷ Exposición del Ministro de Salud.

⁵⁸ Rómulo Alcalá Ramírez.

⁵⁹ Comisión de Salud de Lima, Comisión Especial de Estudios sobre Discapacidad. Revertir la falta de inversión para mejorar la condición de las personas con discapacidad, 2003.

“En lo que respecta a la cobertura médica, la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud informó que: “La cobertura de atención de los pacientes con deficiencias y discapacidades se realiza principalmente en los establecimientos dependientes del Ministerio de salud, con un 62%, seguido por ESSALUD (con un 33%) y el número de atenciones que brinda el sub-sector privado es todavía escaso”.⁶⁰

“En el Perú también existe el Seguro Integral de Salud (SIS) destinado a personas de escasos recursos, incluidas las personas con discapacidad. Las principales condiciones para acceder a este seguro son no tener ningún tipo de seguro alternativo de salud y no pertenecer a ESSALUD. El SIS no cubre las enfermedades congénitas (por ejemplo cardiopatías de niños con síndrome de down) ni otorga ayuda protésica.⁶¹

“El Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada de San Martín de Porres señaló que dentro de la currícula académica de las facultades de medicina de las universidades peruanas se encuentra el curso de medicina física y rehabilitación. Este curso incluye el tratamiento y la rehabilitación física del paciente con discapacidad, y terapia ocupacional. También se dicta el curso de psicología humana, el cual se aboca especialmente a la psicoterapia para pacientes con discapacidad. Todos los médicos asisten a cursos básicos sobre estos temas durante su pregrado. También pueden tomarse durante el posgrado.⁶²

“En cuanto al porcentaje de médicos que se benefician con este entrenamiento en rehabilitación, no se cuenta con cifras globalizadas, ya que cada universidad maneja sus propias estadísticas. Se solicitó esta información al Ministerio de Salud y este organismo no pudo proporcionarla.

Información adicional, pero con data de los mismos periodos, se encuentra en el libro “Derechos a la Salud de las Personas con Discapacidad” (Juan Arroyo, Comisión Especial de Estudio sobre la Discapacidad del Congreso de la Republica, 2006)

6.6. VENEZUELA

Atención de la Habilitación y Rehabilitación:

Integran el Sistema Nacional de Salud, cuya misión es –entre otras, aquellas referidas a la Habilitación y Rehabilitación de Personas con Discapacidad.

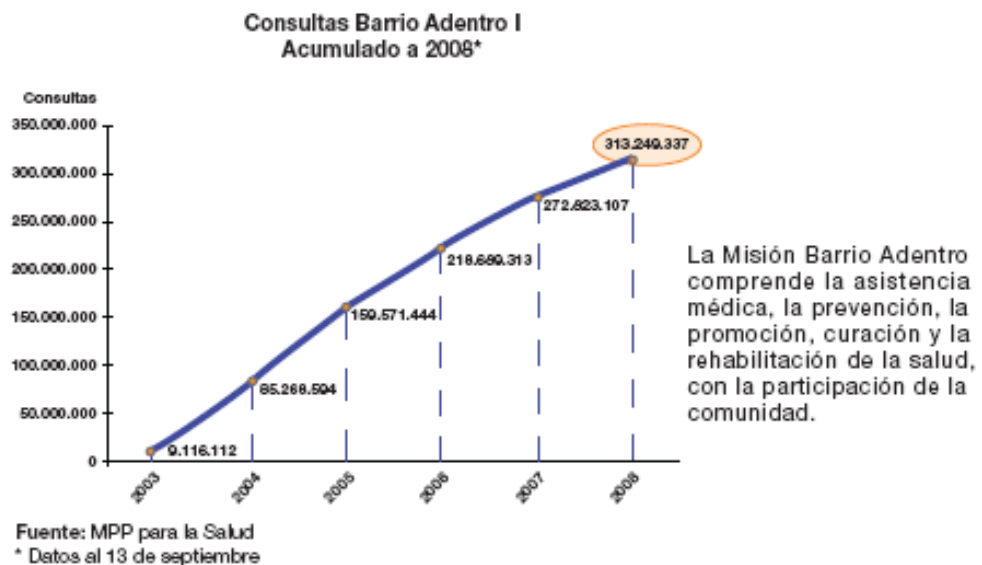
⁶⁰ Oficina de Estadística e Informática, Reporte Estadístico de la Discapacidad en el Perú 1999 – 2000. Ministerio de Salud, 2000, 25.

⁶¹ Exposición del Ministro de Salud.

⁶² Dr. Frank Lizaraso Caparó (Decano de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada de San Martín de Porres), Oficio Nro. 296-03-D-FMH.

- Ministerio de Salud
- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. IVSS
- Centro Nacional de Rehabilitación. El cual es Centro de Referencia Nacional
- Servicios de Salud del Ministerio de Educación y Deportes.
- Dirección de Sanidad Militar del Ministerio de la Defensa. Servicios de Rehabilitación.
- Instituto de Previsión y Asistencia Social del Instituto de Previsión y Asistencia Médica y Social del Profesorado de las Universidades
- Instituto Nacional de Servicios Sociales
- Clínicas Populares. Servicios Ambulatorios en Servicios en Rehabilitación.
- Misión Barrio Adentro I. Programa de Servicios de Atención Integral en Salud.
- Misión Barrio Adentro II. Salas de Rehabilitación Integral. (SRI)

Un cambio importante en lo que refiere al acceso a la salud ha sido la **Misión Barrio Adentro** que ha contribuido a garantizar al pueblo su derecho a la salud.



En su primer nivel de atención, la Misión Barrio Adentro ha salvado más de 104 mil vidas, hasta el 13 de septiembre de 2008.



Hoy, 4.469 centros de atención médica garantizan la salud de todos y todas.

**Número de centros construidos y dotados
Misión Barrio Adentro I y II
2005 - 18 de septiembre de 2008**

TIPO DE CENTRO	TOTAL
Consultorios Populares	3.456
Centros de Diagnóstico Integral (CDI)	455
Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	533
Centros de Alta Tecnología (CAT)	25
TOTAL	4.469

Fuente: MPP para la Salud

En Barrio Adentro II se han realizado 415 millones de acciones médicas (consultas, emergencias, pacientes rehabilitados, exámenes).

**Indicadores Misión Barrio Adentro II
Acumulado a 2008***

Centros de Diagnóstico Integral (CDI)

INDICADOR	CANTIDAD
Casos de emergencia	19.994.804
Casos vistos en consulta externa	10.324.333
Vidas salvadas	449.508
Exámenes realizados	181.004.525

Salas de Rehabilitación Integral (SRI)

INDICADOR	CANTIDAD
Consultas realizadas	4.274.714
Pacientes en rehabilitación	18.899.167
Tratamientos aplicados	164.451.173
Medicina natural y tradicional	7.044.168

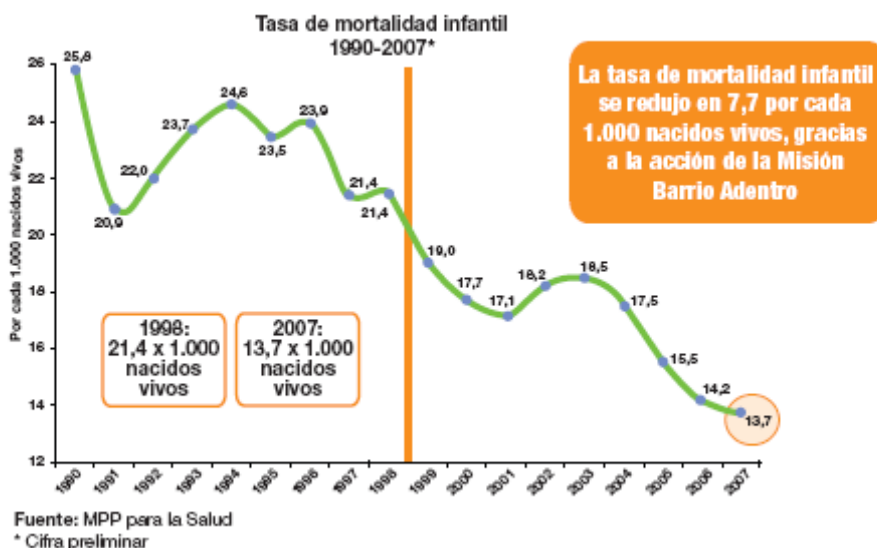
Centros de Alta Tecnología (CAT)

INDICADOR	CANTIDAD
Exámenes realizados	8.606.113

Fuente: MPP para la Salud
* Datos al 13 de septiembre 2008

La acción de Barrio Adentro II fortalece la atención curativa de los servicios de salud en el país, mediante los Centros de Diagnóstico Integral, de Alta Tecnología y las Salas de Rehabilitación

En temas colaterales, de prevención, el gobierno ha cuenta de haber incrementado la cobertura en agua potable a 6,5 millones de personas y ello, combinado con la ampliación de la cobertura de salud.



Es importante resaltar, que las acciones de la Misión Barrio Adentro II, que viene desarrollando por espacio de 5 años constituyen una labor intensa de atención de salud a los sectores populares, en particular con la instalación de los Centros de Rehabilitación Integral (CRI), que están localizados a lo largo y ancho del país y que –de haber cumplido su meta- para fines del 2008 sumarían 587. Los CRI brindan atención -completamente gratuita- a las PCD y cuentan con áreas técnicas para fisioterapia, psicología, trabajo social, terapia ocupacional alternativa y de lenguaje, además de contar –en un gran número de ellos- con salas de hidroterapia, electroterapia y gimnasio de mecanoterapia. En un primer momento los CRI fueron orientados para la atención del adulto mayor y progresivamente ha ido incorporando a jóvenes y niños. Es de destacar que el personal y los equipos médicos que allí laboran se encuentran exclusivamente para la atención de PCD.

La Misión Milagro, también adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud como lo es la Misión Barrio Adentro, está orientada a la atención de personas con trastornos visuales como las cataratas para evitar la ceguera, el pterigión. Hasta el 2006 había intervenido a 176,000 pacientes y casi el 80% de ellos por problemas de catarata.

El PASDIS es el Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad, se constituye como otra herramienta para la atención de las discapacidades; desarrolla 5 estrategias de acción:

- La prevención de discapacidad.
- Fortalecimiento de la red de Servicios de Rehabilitación Integral.
- Equipamiento.
- Vigilancia epidemiológica de la discapacidad.
- Formación del recurso humano

Contando con la experiencia en salud pública de la República de Cuba es que se han organizado las misiones en esa área y en particular la Misión José Gregorio Hernández conformada exclusivamente para la atención de personas con discapacidad y que es coordinada por la Dra. Marcia Coba, viceministra de Salud Pública de Cuba. La primera fase de la misión se inició en marzo del 2008 y las concluyó 9 meses después, con visitas casa por casa; esta fase se orientó al diagnóstico y evaluación clínica de las pcd.

La Misión José Gregorio Hernández, integrada por 240 médicos cubanos ha beneficiado a más de 338 mil pcd a través del **I Estudio psicosocial y clínico-genético** realizado en 335 municipios de ese país, y ha entregado más de 276 mil ayudas técnicas y enseres para mejorar las condiciones de vida de las pcd atendidas. Así mismo, puso en marcha en Laboratorio de Citogenética, que es el primero que de esas características se instala en Venezuela.

CONCLUSION SOBRE ACCESO DE LAS PCD A LOS SERVICIOS DE SALUD

De lo tratado en este acápite podemos inferir: **1) la urgente necesidad** de que la población con discapacidad conozca su derecho a la salud, en el nivel progresivo que es reconocido en los países del ORAS-CONHU; porque aquel que desconoce sus derechos no sabe como ejercerlos. Aquí deben jugar un papel importante, en primera instancia los Organismos estatales encargados del sector en cada país, así como las organizaciones de/para PCD.

Igualmente, **2) resulta necesario el sensibilizar y capacitar** a los proveedores de los servicios de salud, y **3) establecer Normas y Manuales de Atención** de acuerdo al nivel de atención que se brinde a las PCD, con el respectivo **seguimiento** de las disposiciones planteadas, mediante la medición de resultados.

Sin embargo, **4) para garantizar que los Planes y/o Programas** para la Atención en Salud, se ejecuten en beneficio de las PCD es necesario contar con los **recursos presupuestales asignados** para ello, **5) con Planes y Programas** específicos, y con **efectiva vigilancia y participación de las PCD y la ciudadanía**. Sólo así se llegará a los estratos más pobres donde está asentado el mayor porcentaje de PCD en los países de la región.

7. BREVE DIAGNÓSTICO DE LOS NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LAS PCD EN CADA PAÍS ANDINO.

Muchos de los derechos conquistados por las PCD han sido como producto de la movilización de las organizaciones de/para PCD y sus familiares. Sin embargo, se constata que los niveles de organización y centralización de las PCD, en los países andinos, no es uniforme, respondiendo -también- al nivel de concientización de este sector.

A propósito de la situación del nivel de organización y centralización de las organizaciones de/para PCD, Lenín Molina Peñaloza⁶³ hace una aproximación muy cruda del sector y de la necesidad de revertir esta situación a nivel de cada país y dando pasos de centralización nacional y supranacional.

Al respecto, señala que las organizaciones de/para PCD y sus familiares, ya sean sociales, deportivas, culturales o de otra índole, en muchos de los países de América Latina presentan las siguientes *características*:

- ***La disgregación***, que se manifiesta en la existencia de múltiples asociaciones que agrupan a personas con un mismo tipo de discapacidad, o a padres, madres y familiares de PCD, en organizaciones con similares o diversos propósitos, sin relación entre ellas, anulando la fuerza social que representan. Asimismo, es constatable la inexistencia de organizaciones asociativas nivel superior tipo Federación, Confederación o Unión, que las agrupen en los ámbitos regional, departamental, provincial estatal o nacional.
- ***La debilidad organizacional***, expresada en la limitada cobertura geográfica de estas organizaciones, la irregularidad en su funcionamiento interno poco cohesionado, en la calidad social de sus directivos por falta de formación, de los conocimientos teóricos respecto a discapacidad, legales respecto a derechos y sociales, etc.
- ***La poca cuantía de su membresía***, en la mayoría de las organizaciones las cantidades de miembros son infinitesimales respecto a la población cuya discapacidad representa o dice representar.
- ***La débil participación social***, expresada en la exigua presencia en espacios sociales y políticos.
- ***La frágil relación con los diferentes organismos de gobierno que atienden al sector poblacional con discapacidad.***

⁶³ Lenín Molina Peñaloza, expresidente del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad, CONAPI (ahora CONAPDIS) y presidente de la RIADIS, 2004 – 2007.

- **La falta de comunicación e intercambio mutuo**, generadas – muchas veces- por discrepancias entre las propias organizaciones.

A nivel de Latinoamérica se han dado pasos en la centralización de organizaciones de/para discapacidad. Así, a iniciativa de Venezuela se creó la Red Iberoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familiares, (RIADIS), cuya Primera Conferencia se celebró en la ciudad de Caracas en Octubre de 2002 y convocó a representaciones de 15 países. En ella se acordó en la **Declaración de Caracas**, celebrar en el año 2004, el **Año Iberoamericano de las Personas con Discapacidad**. La Segunda Conferencia de la RIADIS fue celebrada en Noviembre de 2004 en Río de Janeiro, Brasil. En la Declaración de Río, se acordó declarar, a partir del mes de enero de 2006 y hasta el 31 de diciembre de 2015, el **Decenio Iberoamericano para la Atención de la Discapacidad**. La Tercera Conferencia de la RIADIS se celebró en la Ciudad de Panamá en junio de 2007, donde adoptan cambiar su denominación a Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familiares, manteniendo las siglas de RIADIS.

A continuación se hará una breve descripción del nivel organizacional de las PCD por los seis países de la OAS- CHU.

7.1 BOLIVIA:

El Informe Regional de las Américas 2004, nos ayuda –para el caso de Bolivia- da un panorama general de la situación de las organizaciones de/para PCD en ese país.

“En Bolivia existe una organización que agrupa a todas las discapacidades: la **Confederación Boliviana de la Persona con Discapacidad (COBOPDI)**, creada en el año 1989.⁶⁴ Sus miembros afiliados son: La Federación Boliviana de Sordos (FEBOS), la Asociación Boliviana de Deporte Integrado (ASODEIN), la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidades Mentales (ABOPANE) y la Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad de Bolivia (FCPEDB). Otra importante organización de personas con discapacidad es la Federación Nacional de Ciegos de Bolivia (FENACIEBO), que fundó la Confederación Boliviana de Personas con Discapacidad.⁶⁵ Cada dos años, estas organizaciones realizan congresos departamentales para ayudar a coordinar las actividades.”

La **COBOPDI**, está integrada por las nueve federaciones departamentales y organizaciones nacionales de PCD, es la instancia reconocida para la coordinación con todas las instancias

⁶⁴ Prefectura del Departamento de La Paz, *Testimonio Notariado*. Notaría de Gobierno, La Paz, 1996.

⁶⁵ Entrevista con el Director Ejecutivo del Instituto Boliviano de la Ceguera (Informe Regional de las Américas, IDRM 2004).

gubernamentales y organizaciones afines, que representa al conjunto de PCD de Bolivia

La toma de conciencia y la promoción de CONALPEDIS para llevar adelante un Registro de Personas y Organizaciones de/para PCD se ha afianzado en este último período. A través de la Web de CONALPEDIS, podemos conocer las organizaciones reconocidas por esta, de carácter nacional y departamental.

7.2. CHILE:

Aunque en Chile no existe una organización coordinadora nacional que desarrolle políticas de discapacidad, el gobierno chileno trabaja con organizaciones de personas con discapacidad para establecer directivas y políticas que propicien la equiparación de oportunidades.

Con el retorno de la democracia en 1990, las organizaciones de PCD recobraron su condición de entidades válidas, recortada por el régimen militar.

“Las familias tienen una participación activa a través de las organizaciones de amigos y familiares de las personas con discapacidad. Algunas de las más activas son la Unión de Padres y Amigos de Niños Especiales (UNPADE), la Asociación de Padres de Autistas (ASPAUT) y la Coordinadora de Organizaciones de Familiares de Usuarios y Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM). Algunas trabajan en estrecha colaboración entre sí. A modo de ejemplo, CORFAUSAM agrupa a diferentes organizaciones dedicadas al retardo mental. Además, existen organizaciones que integran varias discapacidades.”⁶⁶

El portal de FONADIS (www.fonadis.cl) nos provee de una voluminosa relación de organizaciones de/para PCD registradas en esa entidad. Así podemos mencionar a la Asociación de Ciegos de Chile (ACICH), la Unión Nacional de Ciegos de Chile (UNCICH), la Asociación de Sordos de Chile (ASOCH), entre otras.

7.3. COLOMBIA:

El Informe Regional de la Américas 2004 señala que en Colombia “la sociedad civil, las organizaciones de y para personas con discapacidad no están bien organizadas. Una excepción está dada por la Federación Nacional de Sordos de Colombia, FENASCOL, la

⁶⁶ Miguel Rojas (Coordinadora de Organizaciones Familiares de Usuarios y Personas con Afecciones de Salud Mental), (seminario “El fin de la discriminación, reinserción social y los derechos de las personas con enfermedades y discapacidad mental”, septiembre de 2000).

cual ha podido integrar a 22 organizaciones de personas sordas en el territorio nacional”.

“Esta falencia de organización de la sociedad civil no ha permitido entablar el diálogo con el Estado colombiano, trayendo como consecuencia la desprotección de los derechos de la población con discapacidad. El movimiento por los derechos de las personas con discapacidad es consciente de la necesidad de integración y trabajo mancomunado en actividades que favorezcan y mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad. Por ello, han surgido iniciativas para conformar federaciones que integren varias discapacidades y otras federaciones más pequeñas por tipo de discapacidad.

Es importante señalar, otras organizaciones de la sociedad civil, cuyos representantes forman parte del Consejo Consultivo Nacional de Discapacidad, hoy CND, y que desarrollan una labor proactiva con las PCD. Entre ellas, Fundación Teletón, Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos (CRAC) y Best and Buddies.

7.4. ECUADOR:

Las más importantes organizaciones de/para PCD tienen asiento en el CONADIS en representación de la sociedad civil. Su nivel de organización y gestión ha permitido logros importantes para el sector, como –por ejemplo- promover la incorporaciones de modificaciones a la anterior Constitución Ecuatoriana que hacían mención explícita a las personas con discapacidad y sus derechos. También generaron un movimiento por la reforma de la Ley de Discapacidades del año 2001, en el diseño del Reglamento General de Educación Especial y la elaboración del contenido del Código de la Niñez y Adolescencia.

Estas organizaciones son:

La **FENEDIF**-Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física, que está integrada por 34 asociaciones, con un total de 3.700 socios a nivel nacional.

La **FENCE**-Federación Nacional de Ciegos del Ecuador, tiene 30 filiales (instituciones de y para ciegos) pertenecientes a 15 provincias, con unos 900 beneficiarios ciegos de sus programas.

La **FENASEC**-Federación Nacional de Sordos del Ecuador, tiene 490 personas asociadas en 17 provincias, con un promedio de apenas 12 socios por cada asociación, aunque la población beneficiaria es aproximadamente de 1.200 personas sordas a nivel nacional.

La **FEPAPDEM**-Federación Ecuatoriana Pro-Atención a la Persona con Deficiencia Mental, Autismo, Parálisis Cerebral y Síndrome de

Down, fundamentalmente se dedica a capacitar y orientar a padres de familia y a profesionales que trabajan en el tema.

La **FENODIS** - Federación de Organismos No Gubernamentales para las Discapacidades, aglutina a 59 organizaciones del territorio nacional.

7.5. PERU:

Perú no es ajeno a la caracterización de las organizaciones de PCD a que hace referencia Lenin Molina Peñaloza. La organización de PCD, avanza débilmente, aunque hay que destacar esfuerzos personales e institucionales para revertir esta situación

Entre las organizaciones de PCD, con mayor relevancia en el Perú podemos señalar:

- Confederación Nacional de Discapacitados del Perú, **CONFENADIP**. Institución que aglutina a 162 organizaciones de base a nivel nacional. Tienen la representación de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, OMPD.
- Coordinadora Nacional de Asociaciones de Personas con Discapacidad, **CONAPEDIS**. Tiene un asiento en la Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad, RIADIS.
- Unión Nacional de Ciegos del Perú.
- Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad (La Fraternidad)
- Asociación de Sordos del Perú.

Las debilidades organizativas del sector son grandes. Fue una conquista lograr una Comisión Especial de Estudios sobre Discapacidad, CEEDIS, en el Congreso peruano, a partir del 2002 hasta el 2006, que abrió espacio informativo, participativo y de incidencia del sector en la escena política. Hoy existe la Comisión sobre Discapacidad, CODIS.

Es importante señalar la existencia de la **Mesa de Discapacidad** integrada por cerca de un centenar de instituciones y organizaciones de/para PCD, que promueve diversas acciones en defensa de los derechos de las PCD y para visibilizar al sector.

También en el portal de CONADIS (www.conadis.gob.pe) se puede tener acceso a las distintas organizaciones de/para PCD existentes en dicho país.

7.6. VENEZUELA:

La participación de la sociedad civil es clave en la definición de políticas para su sector. En Venezuela, se ha dado un paso importante respecto al papel que juega de sociedad organizada y en este caso particular, las organizaciones de/para PCD. Con esa orientación es que el gobierno bolivariano de Venezuela promovió en el 2004 la constitución de la Red Iberoamericana de organizaciones PCD, RIADIS.

Es desde las instancias gubernamentales que se promueven la organización y fortalecimiento de los niveles de centralización de las PCD. Aquí brevemente una relación de ellas:

- **FEVENSOR.** Federación Venezolana de Sordos, afiliada a la Federación Mundial de Sordos (FMS). Ostenta la Secretaría General para Suramérica de la FMS, y la Vicepresidencia de la Sección Juvenil de la FMS.
- **FEVIC.** Federación Venezolana de Instituciones de Ciegos. Afiliada a la Unión Mundial de Ciegos (UMC), Ostentó la Presidencia de la Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC) hasta el 2004.
- **FEVEDI.** Federación Venezolana de Personas con Discapacidad Intelectual y sus Familiares. De creación reciente.
- **ORVES.** Organización Venezolana de Sordo ciegos, afiliada a la Unión Mundial de Sordo ciegos.
- También es importante destacar el nivel de organización de las organizaciones deportivas que forman parte del **Comité Paraolímpico de Venezuela**, entre ellas:
 - **FEPOCIVE.** Federación Polideportiva de Ciegos de Venezuela, participante en los Juegos Paraolímpicos.
 - **FEPOSOR.** Federación Polideportiva de Sordos de Venezuela, participante en los Juegos Sordolímpicos.
 - **FEVESRUEDAS.** Federación Venezolana de Deportes sobre Sillas de Ruedas, participante en los Juegos Paraolímpicos
 - **FEVEPOREM.** Federación Venezolana Polideportiva de Retardo Mental.
 - **FEVEPOPACE.** Federación Polideportiva de Parálisis Cerebral

A MODO DE CONCLUSION:

- Los niveles de organización de las PCD en los países de la ORAS - CONHU, es diverso y disperso.
- El nivel más alto de organización y centralización lo tiene Bolivia con la **Confederación Boliviana de Personas con Discapacidad** – COBOPDI, que se constituye en el principal interlocutor entre las PCD y el gobierno.

Sigue en orden de importancia Ecuador, donde 4 federaciones nacionales de discapacidad: física (FENEDIF), visual (FENCE), auditiva (FENASEC) y mental (FEPAPDEM) son las que asumen la representación de las PCD en el CONADIS y a su vez desarrollan la función de interlocución con entes estatales.

- En cuanto al financiamiento que perciben las organizaciones de PCD para su funcionamiento, es Ecuador quien provee de recursos gubernamentales a la FENEDIF, FENCE; FENASEC y FEPAPDEM a través del CONADIS. Bolivia financia con recursos del estado a la Federación Nacional de Ciegos de Bolivia, **FENACIEBO**, y a la Asociación Boliviana de Deporte Integrado. En el caso de Chile, las organizaciones de PCD tienen la opción de concursar a los fondos que FONADIS administra. En los otros países las organizaciones funcionan con recursos propios.
- Para que se haga realidad el principio que las mismas organizaciones de PCD enarbolan de “todo con nosotros, nada sin nosotros” es indispensable el fortalecimiento local, nacional y supranacional de las organizaciones de/para PCD, el desarrollo de capacidades de sus líderes e integrantes, la articulación de redes y estructuras representativas y una mayor incidencia social y políticas de las organizaciones de PCD que coloquen en la agenda del Estado y de la sociedad, transversalmente, la temática de la discapacidad.

CAPITULO II

MATRIZ DEL ESTUDIO DE LA LEGISLACION COMPARADA SOBRE DISCAPACIDAD EN EL AREA ANDINA

1. VARIACIÓN DEL ENFOQUE LEGAL SOBRE LA DISCAPACIDAD Y EL MARCO INTERNACIONAL.

El proceso legislativo y normativo respecto a la regulación de los derechos de las personas con discapacidad ha tenido una evolución distinta en los países materia de estudio.

El proceso legislativo, sin embargo, podría permitir identificar –en general- una fase inicial, en que las primeras menciones al tema están en legislación derivada de las guerras o conflictos y así como de normas que regulan instituciones de beneficencia; luego, una fase siguiente en que el tema aparece planteado alrededor de la legislación referida a los derechos laborales, los accidentes de trabajo y, consiguientemente, los sistemas de seguridad social en salud y pensiones (período en el que el enfoque de la discapacidad es esencialmente médico, aparte de los Códigos Civiles y las incapacidades legales derivadas de ciertas discapacidades); y, el período más reciente, en que se desarrolla una concepción que maneja los temas de discapacidad desde el ángulo de los derechos humanos -económicos, sociales y culturales- tomando distancia del enfoque exclusivamente médico y se adopta uno que implica al entorno social, y se maneja con una tendencia a formular legislación integral y que recorre transversalmente los diferentes sectores del Estado.

Recientemente, hay una tendencia alentadora en los niveles internacional, regional y nacional respecto de la adopción de políticas y la formulación de normas sobre discapacidad que comprometen a los gobiernos en un rol proactivo en este proceso, respecto a la integración de las PCD a la sociedad y a garantizarles el acceso a los servicios básicos y necesarios.

Sólo como referencia indicaremos que a nivel internacional la sombrilla bajo la cual se inscribe la legislación vigente de protección a los derechos de las PCD es la Declaración Universal de los

Derechos Humanos⁶⁷, que ha cumplido 60 años de vigencia. Aunque ella misma no recoge artículo alguno sobre las PCD en forma específica, sí le son aplicables, entre otros, aquellos relativos a la dignidad, igualdad de derechos y derecho a la vida de todo ser humano (Art. 1º, 2º y 3º); derecho a la seguridad social (art. 22º); derecho a la educación (art. 26º); seguro de invalidez y derecho a cuidados y asistencia especiales de los niños (art. 25º Inc. 1 y 2).

Así mismo, el marco internacional comprende diversos Pactos que señalaremos (mencionados explícitamente en la Convención de la ONU sobre Derechos de las PCD, del 2006), aunque no tengan normas específicas sobre el tema de discapacidad, pues sus prescripciones son plenamente aplicables. Están el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966 y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 19 diciembre de 1966. Es de anotar que en 1994 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las NNUU emite la Observación General N° 5⁶⁸ referida a las Personas con Discapacidad.

Pero en 1971 y 1975 en NNUU se dan los primeros logros en materia de discapacidad con las Declaraciones del Retrasado Mental⁶⁹ y de los Impedidos⁷⁰, respectivamente. De allí para adelante, en forma progresiva, la comunidad internacional ha visibilizado el tema al declarar 1981 como el Año Internacional de los Impedidos y ha mostrado un mayor interés en la adopción de medidas y políticas orientadas a la integración de las PCD, plasmadas con más fuerza durante el “Decenio de las NNUU para los Impedidos” proclamado por la Asamblea General para el período 1983-1992.

A estos se sumarán diversas declaraciones y resoluciones de NNUU en pro de las PCD, como es el caso de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de la Naciones Unidas en diciembre de 1993

Sin embargo, eran apenas 45 países de las NNUU los que contaban con legislación específica sobre la materia cuando se aprueba la Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad⁷¹. Esta se constituye en el más importante Tratado de Derechos Humanos del siglo XXI y expresa un enfoque progresivo respecto de

⁶⁷ Suscrita y proclamada en París el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de NNUU en su Resolución N° 217 A (III). <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

⁶⁸ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (11 período de sesiones, 1994), UN. Doc. E/C.12/1994/13 (1994). <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm5s.htm>

⁶⁹ Proclamada por la Asamblea General en su resolución 2856 (XXVI), de 20 de diciembre de 1971. http://www.educared.edu.pe/especial/doc/ley/derech_retras_mental.htm

⁷⁰ Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975. <http://www.educared.edu.pe/especial/doc/ley/derechos-impedidos.htm>

⁷¹ Aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/82/PDF/N0650082.pdf?OpenElement>

las personas con discapacidad. Ella fue resultado del trabajo de un Comité Especial estatuido en diciembre de 2001.

A nivel de las Américas, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad⁷² de 1999 de la Organización de Estados Americanos, se erige como un acuerdo supranacional ejemplar sobre los derechos de las personas con discapacidad. Y el 2006 se declara el “Decenio de las Personas con Discapacidad en las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad 2006-2016”. El lema fue “Igualdad, Dignidad y Participación”, acordándose elaborar un Programa de Acción a cargo de un Grupo de Trabajo. La delegación del Perú presentó un proyecto de Programa⁷³ para el efecto, pero no se ha desarrollado ni aprobado aún.

2. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS Y LEGISLACIÓN ACTUAL EN LOS PAÍSES DEL ORAS-CONHU.

Con ese marco internacional, haremos una breve referencia a historias legislativas de los países del ORAS-CONHU, resaltando algunos momentos que culminaron con la adopción de leyes marco en pro de las personas con discapacidad en Bolivia⁷⁴, Chile⁷⁵, Colombia⁷⁶, Ecuador⁷⁷, Perú⁷⁸ y Venezuela⁷⁹.

2.1. BOLIVIA

El antecedente legislativo más significativo sobre regulación de los derechos de las personas con discapacidad en Bolivia, se remonta al año 1932, con el tratamiento y rehabilitación de las personas ciegas. Posteriormente, en la década de los cincuenta –con la revolución boliviana- se crea el Instituto de Rehabilitación Infantil (IRI) y el Instituto de Nacional de Adaptación infantil (INAI), hasta que en 1957, mediante Ley de la República⁸⁰ se crea el Instituto Boliviano de la Ceguera (IBC) y al Honorable Concejo de la Ceguera (HCNC) como ente rector del IBC, que será reglamentado mediante DS 08083 de 28 de agosto del mismo año. Los invidentes logran además un bono anual, denominado “bono de indigencia”, dirigido exclusivamente a este sector, que hasta hoy se mantiene vigente.

⁷² Adoptada en la ciudad de Guatemala el 07 de junio de 1999; entró en vigor el 14 de setiembre de 2001.
<http://www.oas.org/Juridico/spanish/tratados/a-65.html>

⁷³ Accesible en: www.oas.org/consejo/sp/cajp/discapacidad.asp#2007d

⁷⁴ Ley N° 1678, Ley de la persona con discapacidad, 18 de diciembre de 1995

⁷⁵ Ley N° 19.284, sobre Integración Social de las Personas con Discapacidad, 5 de enero de 1994

⁷⁶ Ley N° 361, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones, 7 de febrero de 1997

⁷⁷ Codificación N° 000.RO/301, Codificación de la ley vigente sobre discapacidades en el Ecuador, 6 de abril de 2001

⁷⁸ Ley N° 27050, Ley de la Persona con Discapacidad, 18 diciembre 1998

⁷⁹ Gaceta Oficial N° 38.598, Ley para las Personas con Discapacidad, 5 de enero de 2007

⁸⁰ Ley de 22 de enero de 1957

Desde entonces, el Estado no promovió políticas públicas en beneficio de este segmento de la sociedad hasta la “Declaración de 1981 como Año del Impedido”, mediante Decreto Supremo N° 17891, de fecha 30 de diciembre de 1980, concordante con la declaración internacional de la ONU y, al declarar -mediante Decreto Supremo N° 18003 del 16 de setiembre de 1981- el 15 de Octubre de cada año como “DIA DEL IMPEDIDO”.

Es en 1995, que se promulga la Ley N° 1678 de la Persona con Discapacidad, y en 1997, se dicta el Decreto Supremo N° 24807, Reglamento a la Ley 1678 de la Persona con Discapacidad. Cabe resaltar que el Honorable Concejo de la Ceguera (HCNC) mantiene el mismo rango que el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, CONALPEDIS, organismo creado por Ley 1678 de la Persona con Discapacidad.

Por otro lado la Ley (N° 1678) de la Persona con Discapacidad y el D.S. N° 24807 se constituyen, junto con el Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades (PNIEO), en la columna vertebral de la legislación en discapacidad.

En términos generales, al igual que en otros países, las leyes de pensiones, de Municipalidades, el Código de Salud, el Código Penal, y la Constitución Política del Estado, -así como el reglamento del escalafón nacional (magisterio) y otras tantas- hacen referencia a las personas con discapacidad con diferentes términos, como incapacitados, inválidos, deficientes, inutilizados, etc.

Es importante señalar que en el caso de Bolivia, a partir de la asunción del presidente Evo Morales Ayma, se ha dado el “Bono de Discapacidad” financiado con unos US \$5.6 millones de dólares transferidos de las partidas que se entregaban anteriormente a los partidos políticos. Adicionalmente se ha incluido en la Constitución los derechos de las PCD que el Estado garantiza. El Texto Final Compatibilizado de la Nueva Constitución Boliviana⁸¹, aprobada por la Asamblea Constituyente en octubre del 2008 (y que se someterá a Referéndum), contempla en la Sección VIII los DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

2.2. CHILE

Sin ahondar en antecedentes comunes a los otros países del ORAS-CONHU, comenzamos resaltando que en 1986 se constituye una Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) de los Servicios de Salud, mediante el Decreto Supremo N° 42. Así mismo, en 1987 se da la Ley 18.600 que establece las primeras normas modernas sobre deficientes mentales,

⁸¹ http://www.vicepresidencia.gob.bo/Portals/0/documentos/DOC_FINAL_CONSTITUCION_POLITICA_DEL_ESTADO.pdf

En 1990 se da la Ley N° 18.989 que **creó el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN)**⁸², en cuyo artículo N° 2 se establecía:

*h) Disponer los estudios de base para el diagnóstico de la situación de las **personas con discapacidad** y otros grupos vulnerables de la sociedad; proponer políticas y normas sobre la materia; articular y coordinar programas intersectoriales y proyectos específicos que favorezcan la integración social de dichas personas o grupos.*

Cabe resaltar, en el caso chileno, que el enfoque de las políticas sobre discapacidad se en este período en el desarrollo de investigación, de la formulación de una línea de base y, a partir de estos instrumentos, desarrollar un Plan de acción y políticas transversales al Estado.

Unos años después, el 5 de enero de 1994 se promulga la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad⁸³ y, posteriormente, se emiten los reglamentos⁸⁴ (15 decretos supremos y 1 resolución) que regulan esta ley. Esta es una norma integral, transversal a los diversos sectores del Estado, y que encara la discapacidad como un tema de derechos, con la participación de las PCD, y con una estructura nacional descentralizada en mesas intersectoriales regionales bajo la coordinación del Ministerio de Planificación.

Con la Ley 20.025 de junio de 2005, se modificó la normativa sobre integración de PCD, reconociendo el derecho de estas personas a usar animales de asistencia, y se establece la identificación, cuidado y entrenamiento de los perros.

Otra modificación, corresponde a la publicada el 19 de enero de 2007 como la Ley 20.146, que **establece reglas especiales para la apelación en causas relativas a la discapacidad.**

La Comisión de DDHH del Congreso chileno aprobó en diciembre de 2008 un proyecto de ley de modificación de la Ley de Integración Social de las PCD propuesta por la Presidencia de la República, que ya se encuentra en su segundo trámite constitucional, en el Congreso, y que plantea los siguientes cambios:

- la **redefinición de persona con discapacidad.**
- la **fijación de principios rectores** para una correcta aplicación de la ley
- una **sustitución completa** de la reglamentación relativa a **prevención y rehabilitación**
- el impulso a una mejor **equiparación de oportunidades**

⁸² http://www.mideplan.cl/final/ficha_tecnica.php?cenid=139

⁸³ <http://www.fonadis.cl/index.php?seccion=7¶metro=30#centro>

⁸⁴ Ídem

- una completa **modernización de FONADIS** (Fondo Nacional de la Discapacidad).

Es de señalar que también Chile cuenta con una legislación sobre discapacidad mental. La Ley 18.600 de 1987, ya mencionada, que establece normas **relativas al rol del Estado frente a la discapacidad mental en los ámbitos de educación, salud y laboral**, sea por la vía de la prestación directa o bien por la vía de la subvención. Esta ha sido modificada, sucesivamente en junio de 2001 (Ley 19.735), julio de 2004 (Ley 19.954) y marzo de 2008 (Ley 20.255).

2.3. COLOMBIA:

Con la conformación del Comité Consultivo Nacional de Discapacidad, creado por Decreto N° 730 el 3 mayo de 1995, Colombia da un paso fundamental en el abordaje integral del tema.

Pero es con la Ley N° 361 de 7 de febrero de 1997 que se **“establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”**. Entonces, el Estado colombiano legisla en especificidad y de manera integral sobre esta temática.

Así mismo, mediante Decreto N° 1068 (10 de abril de 1997), se reglamenta el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación. Tres años después es modificado por el Decreto N° 276 de febrero de 2000. Posteriormente, en julio de 2007, es derogado el artículo 6⁸⁵ de la Ley 361 que constituyó el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, dando paso a una nueva estructura nacional, el Consejo Nacional de Discapacidad (CND) que, manteniendo su carácter consultivo, hace parte del Sistema Nacional de Discapacidad (SND).

Pero es necesario hacer referencia a algunas normas anteriores como el Decreto 2358 de 1981 que crea el Sistema Nacional de Rehabilitación, y dos leyes de carácter más específico: la Ley N° 12 (27 enero de 1987) que establece políticas de accesibilidad frente a las barreras arquitectónicas y la Ley N° 324 (16 de octubre de 1996) que establece normas a favor de la población sorda. Ellas fueron desbrozando el camino a las leyes colombianas sobre personas con discapacidad.

También es de anotar que diversos decretos, dirigidos a resguardar los derechos y promover la integración de las personas con discapacidad, se fueron dando antes de 1997, vinculados a las áreas

⁸⁵ Art. 19, Ley 1145 del 10 de julio de 2007 que organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.

de educación para PCD, transporte, deporte paraolímpico, accesibilidad, seguridad social, entre otras. Así, podemos citar la Ley 50 de 1988 y el Decreto 2177, que norman aspectos de educación, readaptación y reubicación laboral; y la Ley 82 de 1989 que ratificó el Convenio 159 de la OIT.

2.4. ECUADOR:

La atención particular a las personas con discapacidad en el Ecuador se inicia a mediados del Siglo XX, a iniciativa de algunos padres de familia, preocupados por solucionar problemas con discapacidad de sus hijos. Buscando enfrentar los problemas de educación y salud, conforman organizaciones educativas privadas. Sólo después se crean las primeras escuelas públicas de educación especial.

A partir de los 70, el boom petrolero, permite la disposición de recursos y, por ende, la atención a sectores anteriormente relegados por temas presupuestarios.

En 1973 se creó el CONAREP - Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional. En 1977 se promulga la Ley General de Educación, en la que el estado asume responsabilidad en la educación especial, creándose en abril de 1979, la Unidad de Educación Especial. En el área de salud pública, el 18 de julio de 1980, se crea la División Nacional de Rehabilitación, que amplía la cobertura rehabilitadora que anteriormente sólo era brindada por la seguridad social a sus asociados.

El 5 de agosto de 1982 se expide la “Ley de Protección del Minusválido⁸⁶”, mediante la cual se crea la DINARIM, Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, asignándosele entonces la rectoría y coordinación nacional del trabajo que sobre discapacidades se realizaba en el país. Dicha ley determina la desaparición del CONAREP. Además se ponen a disposición del público varias unidades operativas dependientes del Ministerio de Bienestar Social, para atención directa a las personas con discapacidad.

A fines de los ochenta, se constituye la CIASDE – Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de las Discapacidades en el Ecuador, que en 1989 por iniciativa del INNFA - Instituto Nacional de la Niñez y la Familia y los Ministerios de Salud, Educación y Bienestar Social, promovió a través de sus delegados un trabajo interdisciplinario e interinstitucional, logrando el diseño del **I Plan Nacional de Discapacidades**, publicado en 1991 y del proyecto de la Ley 180 sobre Discapacidades⁸⁷, aprobada por el Congreso

⁸⁶ <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1076&context=gladnetcollect>

⁸⁷ <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1078&context=gladnetcollect>

Nacional y publicada en el Registro Oficial No. 996 del 10 de agosto de 1992; la misma que fue reformada a través de la Ley No. 2000-25, expedida el 26 de septiembre de 2000.

El Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS, redactó una propuesta de consenso a ser incluida por primera vez en la Constitución Ecuatoriana⁸⁸, para que las personas con discapacidad del país gocen de la protección de sus derechos, que fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente de 1998.

El 6 de abril de 2001, a fin de centralizar las normas sobre discapacidad y acorde con los artículos 23, 47, 53 y 102 de la Constitución vigente en esa fecha, se publica la CODIFICACION DE LA LEY VIGENTE SOBRE DISCAPACIDADES. El Reglamento General de la Ley de Discapacidades, es promulgado el 14 de enero de 2003 y consta en el Registro Oficial N° 27

Posteriormente, el 13 DE ABRIL DE 2006 es publicada en el Registro Oficial No. 250, la Ley Reformatoria a la Ley sobre Discapacidades, Codificada.

Es de anotar, que desde octubre del año en curso rige una nueva Constitución, la que constituye un avance significativo en la constitucionalización de los derechos de las PCD, incorporados en la sección Sexta del Capítulo Tercero de la Carta Magna⁸⁹ y en otros artículos adicionales⁹⁰.

2.5. PERÚ

En la esfera política y legislativa, el tema de la discapacidad y la salud aparece en el Perú republicano en 1936 con la ley 8433 (Ley del Seguro Social Obligatorio) que cubría las contingencias de enfermedad, maternidad, **invalidéz** y muerte de obreros. La legislación para empleados vendría recién en 1961. El enfoque giraba alrededor del derecho a la salud de los trabajadores y los accidentes laborales. En Julio de 1963 se dio el DL 14560 que plantea el derecho al trabajo para personas con discapacidad y obliga a reparticiones estatales y publicas a dar ocupación remunerada “en las vacantes que se produzcan a los lisiados, recuperados e invidentes capacitados que acrediten certificados oficiales de competencia”.

Entre 1968 y 1979 se promulgaron diversos dispositivos referidos al Sistema Pensionario que otorgaban derechos por incapacidad permanente, gran incapacidad, invalidéz, sobrevivencia, enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, etc. (DL 17262,

⁸⁸ Artículos 23, 47, 53 y 102 de la Constitución de 1998.

⁸⁹ Ver artículos: 47, 48 y 49 http://www.asambleanacional.gov.ec/images/constitucion_de_bolsillo.pdf

⁹⁰ Idem. Ver artículos: 11.2, 16.4, 35, 42, 46.3, 51, 61.7, 62.2, 66.b, 81, 330, 341, 369, 381.

DL 18845, DL 18846, DL 19980, DL 20680). Así mismo, dispositivos sobre las prestaciones de salud del Seguro Social y sobre el derecho a la Salud (DL 17505, DL 22482, etc.).

El tema de las barreras arquitectónicas se plantea en la década de los 70. A mediados de ésta, la trombosis -y consiguiente amputación de una pierna- que sufrió el General Juan Velasco Alvarado, entonces Jefe de Estado, planteó el tema de la discapacidad y las barreras en las más altas esferas del poder. Años después, en 1978 se promulgó la RM 1379-78-VC-3500 sobre “Adecuación Urbanística y Arquitectónica para Limitados Físicos”, que convirtió al Perú en pionero en legislar sobre esta materia en América Latina, aunque 30 años después las barreras arquitectónicas sigan siendo monumentales en el país, junto a las barreras sociales, económicas, culturales y psicológicas que enfrentan las personas con discapacidad.

Con los años, el país ha ido adoptando leyes, dando normas y políticas públicas, suscribiendo Convenios Internacionales avanzados, evolucionando en el enfoque del tema. En los 80 la tipificación y terminología empleadas insisten en los conceptos de “limitados físicos” (en el caso de la resolución de vivienda sobre barreras arquitectónicas), “impedidos”, o “minusválidos”.

Así queda claro en la R.M. 112-1980-PCM/DA-1 (del 25 de noviembre de 1980), que constituye la Comisión Multisectorial para desarrollar el programa del “Año Internacional de los Impedidos”, así como en la Ley 23241 (7 de abril de 1981), que Declara el 16 de octubre de cada año “Día del Minusválido”.

Con esa misma concepción se da la Ley 23273, en agosto de 1981, que declara al año 1982 “Año de los Derechos del Minusválido” y la Ley 24067 del 11 de enero de 1985 que crea el Consejo Nacional para la Integración del Impedido (CONAI), la misma que es reglamentada mediante Decreto Supremo No. 002-89-SA, el 5 de enero de 1989, es decir 4 años después de su promulgación cuando el plazo era de 90 días.

A partir de la dación de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de la Naciones Unidas en diciembre de 1993, los países miembros –entre ellos el Perú- incorporan en su normatividad legislativa una nueva visión sobre discapacidad.

Cambia el enfoque tradicional, basado en un modelo exclusivamente médico y asentado en el déficit por un modelo más integral, que incorpora el entorno social en la discapacidad y pone énfasis no simplemente en el individuo sino en la sociedad, acentuando una visión de equidad e igualdad de oportunidades, respeto de derechos y libertades fundamentales de las personas, desarrollo de capacidades y de no discriminación, Es decir, un enfoque integral y

no simplemente asistencial y centrado en la persona con discapacidad (PCD) separada de su entorno.

Durante la Década Internacional de las PCD (1983-1992) se lograron algunas leyes importantes, que el régimen de Alberto Fujimori y su Ministro de Economía, Carlos Boloña, ignoraron y finalmente derogaron. Las normas sobre barreras arquitectónicas no se cumplían; al Consejo nacional de Integración del Impedido, CONAIL, organismo central encargado de impulsar sus derechos, no se le proveía de recursos o se le asignaba un presupuesto irrisorio. También se eliminó el Fondo de Crédito Rotatorio destinado a promover pequeñas empresas de personas con discapacidad así como las pocas exoneraciones tributarias que gozaban. Hasta el tributo a los cosméticos asignado como un fondo del Hospital San Juan de Dios fue derogado tras la tesis de uniformizar y simplificar la tributación, privándolo de recursos.

Es recién el 06 de enero de 1999 que se promulga la primera norma integral sobre Personas con Discapacidad: la Ley 27050, Ley General de las Personas con Discapacidad. Esta fue propuesta desde el Congreso por el suscrito, pero como producto de un intenso trabajo de elaboración y movilización de las PCD y sus organizaciones, iniciada en 1980. Entonces, el 80, una gran movilización exigió al Congreso de la República el reconocimiento de los derechos de las PCD y marcó un hito. La ley 27050 tuvo su origen en la Mesa de Trabajo sobre PCD formada en 1995, donde participan las principales organizaciones de y para PCD. Ésta discutió y formuló un Proyecto de Ley de Bases que canalizamos y trabajamos en el Congreso. Fue un largo proceso, de más de 3 años, con movilizaciones y debates el que logró su promulgación, aunque con recortes importantes. El Reglamento, que debió ser aprobado en 120 días, fue publicado recién el 05 de abril de 2000, mediante DS N° 003-200-PROMUDEH

Esta ley es posteriormente modificada. En junio de 1999 se da la Ley 27139, que modifica su artículo 6. En enero de 2002, la Ley 27639 modifica el artículo 40, y en enero de 2004, la Ley 28164 modifica los artículos 6, 7, 8, 10, 25, 26, 30, 33 y 36.

Es importante resaltar que el Plan Nacional de Derechos Humanos del Perú 2006-2010 (D.S.N° 017-2005-JUS) le dedica una sección a los derechos de las PCDs. También mencionaremos, el Plan de Igualdad de Oportunidades, PIO, para las PCDs 2003-2007 (elaborado por mandato del Decreto Supremo N° 049-2002-PCM) y el PIO 2009-2018, publicado mediante DS N° 007-2008-MIMDES.

Finalmente, el 11 de Diciembre del 2008, el Congreso Nacional aprobó el Proyecto de “Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud” que debería ser promulgada. Esta norma crea un Sistema autónomo de defensa de derechos, desde el cual se podrá acceder a reparación inmediata del

daño emergente a partir del error o negligencia, también plantea que el establecimiento asume los gastos ocasionados por el daño (físico y/o psicológico). Hace énfasis en varios aspectos como derecho a calidad en la atención; acceso a la información; consentimiento libre, informado y voluntario; entre otros, y específicamente el derecho a “atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica” en cualquier centro médico, todo lo que hace también a los derechos de las PCD.

2.6. VENEZUELA

Es importante destacar que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su Artículo 81 expresa:

“Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, les garantizará el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias, y promoverá su formación, capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones, de conformidad con la ley. Se les reconoce a las personas sordas o mudas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas venezolanas”.

Así, con el propósito de regular los medios y mecanismos que garanticen el desarrollo integral de las PCD y lograr su integración a la vida familiar y comunitaria, el actual gobierno venezolano promulgó la Ley para Personas con Discapacidad que salió publicada en la Gaceta Oficial N° 38.598 de 05 de enero de 2007.

Anterior a ella, regía la Ley 4.623, Ley para la integración de las personas incapacitadas, del 15 de agosto de 1993. En concordancia con esta normativa se dispusieron diversos eventos traducidos en la suscripción de un Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y el Ministerio de Trabajo, en junio del 2000 y fueron promulgadas las Normas del Ministerio de Educación para la Integración de las personas con necesidades educativas especiales, en diciembre de 1996, en la cual se establece la garantía del ingreso, prosecución escolar y culminación de estudios de los educandos con necesidades educativas especiales, y la obligación de ser asumida por los niveles y otras modalidades del sistema educativo. Ya en 1980 se había promulgado la Ley Orgánica de Educación, donde se establece el derecho de todos los ciudadanos a recibir educación conforme con sus aptitudes y aspiraciones sin ningún tipo de discriminación.

Así mismo, podemos hacer referencia a otras normas venezolanas que amparan los derechos de todos los ciudadanos, en particular el de las PCD, como la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente⁹¹, la Ley de Seguridad Social, la Ley del Seguro Social y la Ley Orgánica del Trabajo.⁹²

La Comisión Venezolana de Normas Industriales emitió una serie de pautas, conocidas como Normas de Covenin, acerca de la accesibilidad del medio físico para personas con discapacidad.⁹³

Además, en Venezuela cada estado tiene potestades para dictar sus propias normas así como ejecutar planes y programas que garanticen la igualdad de oportunidades en sus regiones. Hay leyes estatales y algunas ordenanzas municipales que contemplan normas de construcción y adaptación, y la accesibilidad de edificios públicos y privados.

3. ENFOQUE CONSTITUCIONAL Y DISCAPACIDAD

Desde la década de los 90, especialmente, se han producido saltos en el tratamiento legislativo de la temática de la discapacidad al desarrollarse leyes integrales, expandirse transversalmente a diversos espacios del Estado la temática de la discapacidad, y al adquirir rango constitucional su tratamiento en varios de los procesos constituyentes que se han dado en los países andinos recientemente.

Las Constituciones recientes de Venezuela, Ecuador y Bolivia aportan significativamente en el tratamiento de la discapacidad a nivel constitucional, con planteamientos que pueden resultar interesantes para toda la región.

Resumimos el enfoque en cada país a continuación.

⁹¹ Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente, *Gaceta Oficial Nro. 5266*, 2 de octubre de 1998.

⁹² La Ley Orgánica del Trabajo de 1990 reafirma en su artículo 24 que "toda persona tiene derecho al trabajo". Así mismo en el capítulo IX (Artículo 375 al 378 se establece las condiciones y el derecho de las personas con necesidades especiales al trabajo).

⁹³ Reglamento Nro. 2733, Normas COVENIN, *Construcción y Adaptación de edificaciones de uso público accesibles a personas con impedimentos físicos*, 1990.

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS CONSTITUCIONES ANDINAS

B O L I V I A 2009	<p>Nueva Constitución Política del Estado – Texto Compatibilizado⁹⁴</p> <p>Artículo 14. I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna. II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.</p> <p>Artículo 45. I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.</p> <p>Artículo 64. I. Los cónyuges o convivientes tienen el deber de atender, en igualdad de condiciones y mediante el esfuerzo común, el mantenimiento y responsabilidad del hogar, la educación y formación integral de las hijas e hijos mientras sean menores o tengan alguna discapacidad.</p> <p style="text-align: center;">.....SECCIÓN VIII DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Art. 70 al 72)</p> <p>Artículo 70. Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A ser protegido por su familia y por el Estado. 2. A una educación y salud integral gratuita. 3. A la comunicación en lenguaje alternativo. 4. A trabajar en condiciones adecuadas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, con una remuneración justa que le asegure una vida digna. 5. Al desarrollo de sus potencialidades individuales. <p>Artículo 71. I. Se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad.</p> <p>II. El Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna.</p> <p>III. El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 72. El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.</p> <p>Artículo 85. El Estado promoverá y garantizará la educación permanente de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, o con talentos extraordinarios en el aprendizaje, bajo la misma estructura, principios y valores del sistema educativo, y establecerá una organización y desarrollo curricular especial.</p> <p>Artículo 105. El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios</p>
--	---

⁹⁴ Texto Compatibilizado de la Nueva Constitución aprobado por la Asamblea Constituyente en octubre de 2008 y que será llevado a Referéndum, para la aprobación ciudadana, en enero de 2009.

	<p>para su efectividad.</p> <p>Artículo 300. I. Son competencias exclusivas de los gobiernos departamentales autónomos, en su jurisdicción: (...)</p> <p>30. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 302. I. Son competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, en su jurisdicción: (...)</p> <p>39. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.</p> <p>http://www.vicepresidencia.gob.bo/Portals/0/documentos/DOC_FINAL_CONSTITUCION_POLITICA_DEL_ESTADO.pdf</p>
<p style="text-align: center;">C O L O M B I A</p> <p style="text-align: center;">1991</p>	<p>Art. 13: "...El Estado protegerá especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".</p> <p>Art. 47: El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.</p> <p>Art. 54: "El Estado debe...garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud".</p> <p>Art. 68 La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.</p> <p>http://pdba.georgetown.edu/constitutions/colombia/col91.html</p>
<p style="text-align: center;">E C U A</p>	<p>Art. 11.2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de discapacidad.</p> <p>Art. 16.4. Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho al acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad.</p> <p>Art. 35. Las personas con discapacidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.</p> <p>Art. 42. Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios. Las... personas con discapacidad recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada.</p> <p>Art. 46.3. El Estado adoptará, entre otras, las medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes, la atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.</p> <p>Art. 47. El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.</p> <p>Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. 2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas. 3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. 4. Exenciones en el régimen tributario. 5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.

<p style="text-align: center;">D O R</p> <p style="text-align: center;">2008</p>	<p>6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.</p> <p>7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.</p> <p>8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos</p> <p>9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.</p> <p>10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.</p> <p>11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille.</p> <p>Art. 48. El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica. 2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación. 3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso. 4. La participación política, que asegure su representación, de acuerdo con la ley. 5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia. 6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa. 7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad. <p>Art. 49. Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención.</p> <p>Art. 51. Se reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos: (...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad. 7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia. <p>Art. 61. Las ecuatorianas y ecuatorianos gozan de los siguientes derechos: (...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Desempeñar empleos y funciones públicas con base en méritos y capacidades, y en un sistema de selección y designación transparente, incluyente, equitativa, pluralista y democrática, que garantice su participación, con criterios de equidad y paridad de género, igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y participación intergeneracional. <p>Art. 62. Las personas en goce de derechos políticos tienen derecho al voto universal, igual, directo, secreto y escrutado públicamente, de conformidad con las siguientes disposiciones:</p>
--	--

	<p>(...)</p> <p>2. El voto será facultativo para las personas entre dieciséis y dieciocho años de edad, las mayores de sesenta y cinco años, las ecuatorianas y ecuatorianos que habitan en el exterior, las integrantes de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, y las personas con discapacidad.</p> <p>Art. 66. Se reconoce y garantizará a las personas:</p> <p>(...)</p> <p>b. Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual.</p> <p>Art. 81. La ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren una mayor protección. Se nombrarán fiscales y defensoras o defensores especializados para el tratamiento de estas causas, de acuerdo con la ley.</p> <p>Art. 330. Se garantizará la inserción y accesibilidad en igualdad de condiciones al trabajo remunerado de las personas con discapacidad. El Estado y los empleadores implementarán servicios sociales y de ayuda especial para facilitar su actividad. Se prohíbe disminuir la remuneración del trabajador con discapacidad por cualquier circunstancia relativa a su condición.</p> <p>Art. 341. El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición estaría, de salud o de discapacidad.</p> <p>La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social.</p> <p>El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.</p> <p>Art. 369. El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.</p> <p>Art. 381. El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; impulsará el acceso masivo al deporte y a las actividades deportivas a nivel formativo, barrial y parroquial; auspiciará la preparación y participación de los deportistas en competencias nacionales e internacionales, que incluyen los Juegos Olímpicos y Paraolímpicos; y fomentará la participación de las personas con discapacidad.</p> <p>El Estado garantizará los recursos y la infraestructura necesaria para estas actividades. Los recursos se sujetarán al control estatal, rendición de cuentas y deberán distribuirse de forma equitativa</p> <p>http://www.asambleanacional.gov.ec/images/constitucion_de_bolsillo.pdf</p>
<p>P</p> <p>E</p> <p>R</p>	<p>Art. 7. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p> <p>Art. 16. Es deber del Estado asegurar que nadie se vea impedido de recibir educación adecuada por razón de su situación económica o de limitaciones mentales o físicas.</p> <p>Art. 23. El trabajo, en sus diversas modalidades, es objeto de atención prioritaria del Estado, el cual protege especialmente al impedido que trabaja.</p>

<p>Ú 1993</p>	<p>http://www2.congreso.gob.pe/sicr/RelatAgenda/constitucion.nsf/constitucion</p>
<p>V E N E Z U E L A 1999</p>	<p>Art. 81º.-Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, le garantizará el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias, y promoverá su formación, capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones, de conformidad con la ley. Se les reconoce a las personas sordas o mudas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas venezolana.</p> <p>Art. 86.- Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social.</p> <p>Art. 103.- Toda persona tiene derecho a una educación integral de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones. La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado. La impartida en las instituciones del Estado es gratuita hasta el pregrado universitario. A tal fin, el Estado realizará una inversión prioritaria, de conformidad con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas. El Estado creará y sostendrá instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso, permanencia y culminación en el sistema educativo. La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidad y a quienes se encuentren privados o privadas de su libertad o carezcan de condiciones básicas para su incorporación y permanencia en el sistema educativo.</p> <p>Art. 178.- Son de la competencia del Municipio el gobierno y administración de sus intereses y la gestión de las materias que le asignen esta Constitución y las leyes nacionales, en cuanto concierne a la vida local, en especial la ordenación y promoción del desarrollo económico y social, la dotación y prestación de los servicios públicos domiciliarios, la aplicación de la política referente a la materia inquilinaria con criterios de equidad, justicia y contenido de interés social, de conformidad con la delegación prevista en la ley que rige la materia, la promoción de la participación, y el mejoramiento, en general, de las condiciones de vida de la comunidad, en las siguientes áreas: (...)</p> <p>5. Salubridad y atención primaria en salud, servicios de protección a la primera y segunda infancia, a la adolescencia y a la tercera edad; educación preescolar, servicios de integración familiar de la persona con discapacidad al desarrollo comunitario, actividades e instalaciones culturales y deportivas; servicios de prevención y protección, vigilancia y control de los bienes y las actividades relativas a las materias de la competencia municipal.</p> <p>http://www.constitucion.ve/constitucion.pdf</p>

4. LA MATRIZ LEGISLATIVA DE LOS PAISES DEL ORAS- CONHU

La MATRIZ LEGISLATIVA incluye los siguientes ítems:

- 4.1.** Definiciones sobre discapacidad y otras definiciones relacionadas con las personas con discapacidad, principios rectores o fundamentos de la legislación sobre discapacidad.
- 4.2.** Los entes rectores, estructura orgánica, composición y funciones, aspectos de coordinación interinstitucional, participación de PCDs en los entes rectores, descentralización y financiamiento.
- 4.3.** Garantías para el cumplimiento de la legislación: ente fiscalizador, sanciones, protección contra la discriminación, protección de las personas jurídicamente incapacitadas, otras cuestiones relacionadas con la protección de las personas con discapacidad.
- 4.4.** Certificación y registro.
- 4.5.** Discapacidad y derecho a la salud: prevención, atención y tratamiento, rehabilitación integral.
- 4.6.** Equiparación de oportunidades y accesibilidad.
- 4.7.** Discapacidad y derecho a la educación y la formación: no discriminación, educación inclusiva, educación especial, capacitación docente, promoción cultural y deportiva, orientación profesional, participación de PCDs y familiares en el sistema educativo.
- 4.8.** Discapacidad, derecho al trabajo y promoción empresarial: no discriminación, capacitación y formación profesional, fomento del empleo, promoción empresarial.
- 4.9.** Seguridad social.
- 4.10.** Prestaciones en materia de asistencia y servicios sociales específicos.

En el Cuadro adjunto mostramos la legislación básica sobre discapacidad de los 6 países andinos, que es materia del estudio comparativo, el que por su extensión se anexa en medio magnético.

LEGISLACION ANDINA			
PAIS	LEY	TITULO	FECHA
1. BOLIVIA	Ley N° 1678 Reglamento: DS 24807 de 04 de agosto de 1997.	De la persona con discapacidad	18 de diciembre de 1995
2. CHILE	Ley N° 19.284 Tiene 16 reglamentos sectoriales.	Sobre Integración Social de las Personas con Discapacidad.	5 de enero de 1984
3. COLOMBIA	Ley N° 361 Ley 1145	Por las cuales se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones; y se crea el Sistema Nacional de Discapacidad (SND)	7 de febrero de 1997 10 de julio de 2007
4. ECUADOR	Codificación N° 000.RO/301 Reglamento: Publicado en el Registro Oficial N° 27 (enero 2003)	Codificación de la ley vigente sobre discapacidades en el Ecuador	6 de abril de 2001
5. PERU	Ley N° 27050 Ley N° 28164 Reglamento: DS 003- 2000-PROMUDEH	Ley de la Persona con Discapacidad y Ley modificatoria de la 27050	18 diciembre 1998 16 diciembre 2003
6. VENEZUELA	Gaceta Oficial N° 38.598 Reglamento: En elaboración	Ley para las Personas con Discapacidad	5 de enero de 2007

CAPITULO III

BALANCE COMPARATIVO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS EN LA LEGISLACIÓN COMPARADA ANDINA SOBRE PCD

A. DEFINICIONES SOBRE DISCAPACIDAD Y OTRAS DEFINICIONES RELACIONADAS CON LAS PCD. PRINCIPIOS RECTORES Y/O FUNDAMENTOS DE LA LEGISLACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD.

A.1 DEFINICIONES SOBRE DISCAPACIDAD Y OTRAS RELACIONADAS

Cuatro de los 6 países estudiados incorporan definiciones sobre Discapacidad en su legislación. Ecuador y Colombia no lo hacen pero al suscribir la Convención de la ONU sobre Derechos de las PCD, en vigencia desde el 2008, hacen suyas los elementos de definición sobre discapacidad allí establecidos:

- “*Reconociendo* que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Preámbulo)”,
- “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” (artículo 1)

Igualmente, la Convención ONU incluye otras definiciones importantes en su art. 1:

- “La «**comunicación**» incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macro tipos, 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;

- Por «**lenguaje**» se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;
- 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;
- 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;
- 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.”

De los países del ORAS-CONHU) sólo Venezuela no ha suscrito la Convención de la ONU. Colombia y Bolivia aún no han ratificado la Convención que han suscrito. Colombia no ha suscrito el Protocolo. (Ver cuadro)

Instrumentos internacionales de Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Instrumentos Internacionales (Fecha de adopción)	Fecha de entrada en vigor	Bolivia Fecha de Ratificación, Adhesión (a), Sucesión (d)	Chile Fecha de Ratificación, Adhesión (a), Sucesión (d)	Colombia Fecha de Ratificación, Adhesión (a), Sucesión (d)	Ecuador Fecha de Ratificación, Adhesión (a), Sucesión (d)	Perú Fecha de Ratificación, Adhesión (a), Sucesión (d)	Venezuela Fecha de Ratificación, Adhesión (a), Sucesión (d)
Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo 13 de diciembre de 2006	3 de Mayo de 2008	Firmado: 13-08-2007 Firmado el Protocolo: 13-08-2007	Firmado: 30-03-2007 Firmado el Protocolo: 30-03-2007 Ratificado: 29-07-2008 Ratificado el Protocolo: 29-07-2008	Firmado: 30-03-2007	Firmado: 30-03-2007 Firmado el Protocolo: 30-03-2007 Ratificado: 03-04-2008 Ratificado el Protocolo: 03-04-2008	Firmado: 30-03-2007 Firmado el Protocolo: 30-03-2007 Ratificado: 30-01-2008 Ratificado el Protocolo: 30-01-2008	
Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. 7 de junio de 1999	14 de setiembre de 2001	30 de mayo de 2003	26 de febrero de 2002	11 de febrero de 2004	18 de marzo de 2004	30 de agosto de 2001	8 de junio de 1999 Estado signatario

Las normas nacionales de los países del ORAS-CONHU no tienen definiciones homogéneas sobre discapacidad y, en general, no hacen una diferenciación entre discapacidad, deficiencia o minusvalía. Pero, es importante resaltar, que la legislación de estos Estados –progresivamente- se ha ido adecuando a los estándares definidos por los organismos internacionales vinculados a la discapacidad. Así lo muestra el caso de Venezuela que no suscribiendo la Convención tiene una definición muy coherente y avanzada:

“Se entiende por discapacidad la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente. (Art. 5)”.

El caso de **Colombia**⁹⁵ reconoce expresamente el componente social, cultural, ambiental o del entorno cotidiano como causa de discapacidad. Y, a pesar que **Ecuador** no ha incorporado definiciones específicas sobre discapacidad en su legislación, es notorio que los principios rectores y fundamentos que las orientan expresan esa voluntad.

A.2 PRINCIPIOS RECTORES O FUNDAMENTOS DE LA LEGISLACION

La Convención de la ONU sobre Derechos de las PCD establece, en su art. 3, los siguientes principios rectores:

1. “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
2. La no discriminación;
3. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

⁹⁵ La Ley 1145 del 10 de julio de 2007, que organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, define en su Art. 2.- Persona con **Discapacidad** como aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano. Esta definición se actualizará, según las modificaciones que realice la Organización Mundial de la Salud, OMS, dentro de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, CIF.

4. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
5. La igualdad de oportunidades;
6. La accesibilidad;
7. La igualdad entre el hombre y la mujer;
8. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.”

Estos constituyen principios básicos que deben regir en la legislación nacional de quienes han suscrito y ratificado la Convención ONU, a la vez que –cabe mencionar- están comprendidos en las concepciones establecidas en la Constitución y legislación venezolana, aunque no ha suscrito la Convención.

La legislación Andina sobre discapacidad estudiada afirma, en general, los principios y valores contemplados en la normatividad internacional sobre derechos humanos y, en particular, los que se refieren a los derechos de las personas con discapacidad.

El principio rector sustento de las leyes de **Bolivia, Ecuador, Chile, Colombia, Perú y Venezuela** guarda relación con el objetivo de asegurar la no discriminación y el fomento de la igualdad y equidad de oportunidades en el proceso de integración personal, educativa, laboral y social de las personas con discapacidad.

La ley de **Colombia**⁹⁶, hace explícita referencia a la dignidad que le es propia a las personas con discapacidad en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social⁹⁷. Por su parte, la ley de **Venezuela**⁹⁸, señala que los principios rectores que la inspiran son el humanismo social, protagonismo, igualdad, cooperación, equidad, solidaridad, integración, no segregación, no discriminación, participación, corresponsabilidad, respeto por la diferencia y aceptación de la diversidad humana, respeto por las capacidades en evolución de los niños y niñas con discapacidad, accesibilidad, equiparación de oportunidades, respeto a la dignidad personal.; así como todos aquellos no enunciados y contenidos en su Constitución y en los instrumentos internacionales válidamente suscritos y ratificados por la República⁹⁹.

⁹⁶ Ley 361 del 7 de febrero de 1997

⁹⁷ Idem. Art. 1y 2

⁹⁸ Gaceta Oficial N° 38.598, Ley para las Personas con Discapacidad, 5 de enero de 2007.

⁹⁹ Idem. Art. 4

B. ENTIDADES RECTORAS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD: ESTRUCTURA, ATRIBUCIONES, COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL, PARTICIPACIÓN DE LAS PCD, DESCENTRALIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO

B.1. ÓRGANOS RECTORES Y SU UBICACIÓN EN EL ESTADO.

Los países andinos han optado entre tres grandes concepciones respecto a los órganos o entidades rectoras en materia de discapacidad y, por ende, en relación a su estructura y competencias. Aunque las leyes de los países del ORAS-CONHU muestran la presencia de algunos rasgos organizacionales comunes en las instancias que ejercen la protección y/o promoción de los derechos de las personas con discapacidad, podríamos proponer una categorización de los modelos:

B.1.1. ÓRGANOS AUTÓNOMOS

Las leyes que han adoptado **organismos autónomos** como entes rectores se caracterizan por tener personería jurídica, estructura y presupuestos propios; con capacidad ejecutiva y financiera, que se refleja en su competencia para definir y ejecutar -con carácter vinculante, por cuenta propia o delegada- políticas y planes nacionales en torno a la temática de la prevención, así como de la atención, rehabilitación integral e integración educativa, laboral, cultural y social de las personas con discapacidad.

Estos entes están, frecuentemente, vinculados con la autoridad del Jefe de Estado o de Gobierno. Serían los casos de **Chile**¹⁰⁰ y **Ecuador**¹⁰¹.

B.1.2. ÓRGANOS SUJETOS A MINISTERIOS DE POLITICAS SOCIALES

Otra opción es la de organismos sujetos **Ministerios del Poder Ejecutivo** relacionados con la implementación de políticas sociales a nivel nacional. Sería el caso de **Bolivia**¹⁰², cuyo ente rector depende del Ministerio de Desarrollo Humano; del **Perú**¹⁰³, cuyo ente rector constituye un organismo público descentralizado del Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social; y de **Venezuela**¹⁰⁴, cuyo ente rector es el ministerio con competencia en materia de desarrollo social, es decir, el Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social – MINPADES y tiene en el Consejo Nacional para las Personas con

¹⁰⁰ Art. 52, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

¹⁰¹ Art. 5, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

¹⁰² Art. 17, Ley N° 1678 del 18 de diciembre de 1995.

¹⁰³ Art. 1, Ley N° 28164 del 3 de diciembre 2003

¹⁰⁴ Art. 53, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

Discapacidad (CONAPDIS), adscrito a ese ministerio, como su órgano ejecutor.

B.1.3. ENTIDADES CONSULTIVAS

En **tercer orden**, están los países que cuentan con **órganos con estatuto consultivo o de asesoramiento**, del más alto nivel, cuya función esencial es promover, coordinar, asesorar, supervisar y/o fiscalizar, aunque no ejecutar directamente, la implementación de las políticas públicas en este terreno. Sería el caso de **Colombia**¹⁰⁵.

B.2. ESTRUCTURA Y COMPOSICION DE LOS ORGANOS RECTORES

B.2.1. NIVEL DE FUNCIONARIOS DEL ESTADO EN ÓRGANOS RECTORES:

Destaca en la legislación materia de estudio, la alta prioridad conferida legalmente al tema, expresado en el alto nivel de funcionarios del Estado que participan en la conducción de las instituciones –entes rectores u órganos consultivos o de asesoramiento- creados para impulsar las políticas públicas en materia de discapacidad.

En tres países, el Presidente del órgano rector lo nombra el Presidente de la República (Ecuador, Perú y Venezuela), mientras en los otros tres, se trata de un Ministro de Estado (Bolivia, Chile y Colombia). Ello debería indicar –y en varios casos así es en efecto- voluntad política de actuar frente al tema.

En cuanto a miembros, en el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) de **Chile**¹⁰⁶, participan seis Ministros o sus representantes. El Consejo Nacional de Discapacidad (CND, que sustituyó al Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación en julio del 2007) de **Colombia**¹⁰⁷, que es un organismo permanente, es presidido por un delegado del Presidido por un delegado del Jefe de Estado y lo integran los Ministros (o delegados a nivel directivo) de Protección Social, Educación Nacional, Hacienda y Crédito Público, Transportes, Defensa, Comunicaciones y demás (Ley 1145).

En el caso de **Ecuador**¹⁰⁸, el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) es presidido por un representante del Presidente de la República, en el que participan los Ministros o Vice Ministros de

¹⁰⁵ Art. 6, Ley N° 361 del 7 de febrero de 1997. Este artículo ha sido derogado por la Ley 1145 del 10 de julio de 2007. Ahora el adopta el nombre Consejo Nacional de Discapacidad, CND, y es parte de la estructura del **Sistema Nacional de Discapacidad, SND**. Y, como organismo consultor, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema y de la Política Pública Nacional de Discapacidad.

¹⁰⁶ Art. 57, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

¹⁰⁷ Art. 10 Ley N° 1145 del 10 de julio del 2007

¹⁰⁸ Art. 8, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

Salud, Educación, Trabajo, Bienestar Social, Economía y Presupuesto, además de representantes de las organizaciones de personas con discapacidad, el Presidente del Instituto Nacional del Niño, el Presidente de la Federación de ONGs del Ecuador. Cuenta con una Comisión Técnica.

El Consejo Nacional de Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) de **Perú**¹⁰⁹, está integrado por un representante de la Presidencia de la República, el Secretario General de la Presidencia del Consejo de Ministros, El Viceministro de Desarrollo Social del Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social, el Viceministro de Gestión Institucional del Ministerio de Educación, el Viceministro de Salud, el Viceministro de Trabajo y Promoción del Empleo, el Viceministro de Defensa, el Viceministro del Interior, un representante del Seguro Social de Salud (EsSalud), 5 representantes de organizaciones de personas con discapacidad y uno de la Federación Deportiva Especial.

El Comité Nacional de la Persona con Discapacidad (CONALPEDIS) de **Bolivia**¹¹⁰ está integrada por 8 miembros, de los cuales 2 son representantes del Ministerio de Desarrollo Humano, 1 del Ministerio de Trabajo y los 5 restantes en representación de la sociedad civil (4 de la Confederación de Personas con Discapacidad y 1 por las ONG que trabajan en el área de discapacidad).

Por su parte, la ley de **Venezuela**¹¹¹ crea el Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de desarrollo social y, adscrito a este ministerio –que es el órgano rector-, como órgano ejecutor, constituye el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPDIS).

B.2.2 COMISIONES TECNICAS o CONSEJOS CONSULTIVOS ADSCRITAS A LOS ORGANOS RECTORES

En algunos países existen Comisiones técnicas o Consejos Consultivos adscritos a los órganos rectores. Tal es el caso de Venezuela, Bolivia y en Ecuador.

En Venezuela¹¹² lo integran los representantes de 8 Ministerios y otros organismos. Es un ente de asesoría, promoción, consulta y seguimiento de las políticas programas y acciones a favor de las PCD. También alcanza propuestas al CONAPDIS, ente ejecutor integrado fundamentalmente por delegados de PCD (salvo el presidente y Vicepresidente designados por el Jefe de Estado).

¹⁰⁹ Art. 1, Ley N° 28164 del 3 de diciembre 2003

¹¹⁰ Art. 17, Ley N° 1678 del 18 de diciembre de 1995.

¹¹¹ Art. 52, 53 y 54, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

¹¹² Art. 60, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

En Ecuador¹¹³, la Comisión Técnica la integran los directores o delegados permanentes de los ministerios de educación, salud y Trabajo, así como representantes del INFA, los municipios, el consejo de educación superior, la corporación aduanera, las ONG, las Federaciones de PCD, la Seguridad Social y delegados de las instituciones de seguridad social de las FFAA y la Policía. Su función es formular políticas, presupuesto para el sector, proponer mecanismos de coordinación de CONADIS con el Estado y con el sector privado, y diseñar planes operativos.

En Colombia el órgano rector es consultivo en sí mismo. Y tiene tareas similares a las señaladas. Mientras que en Chile el ente rector está presidido por el Ministro de Planificación por lo que es obvio que no se requiere un ente consultor.

En Bolivia¹¹⁴, el Consejo Consultor es un ente ad-honorem con profesionales idóneos para asesorar al CONALPEDIS, lo que refleja cierta debilidad en este campo. Pero, sólo en el Perú no existe una instancia técnica adscrita al CONADIS, reflejando un tema a señalar.

B.2.3. FUNCIONES QUE DESARROLLAN LOS ORGANOS RECTORES

La legislación de los seis países en estudio, establecen las competencias, atribuciones y/o funciones que deben cumplir los entes rectores.

En general deben formular o proponer (según en caso de cada país) los lineamientos, políticas, planes y estrategias dirigidas a la prevención y atención de discapacidades, así como a la inserción e integración a la sociedad de las personas con discapacidad. Han de desarrollar y proponer planes –a nivel nacional- de desarrollo económico y social a favor de las PCD, así como programas y proyectos que permitan la financiación y el desarrollo adecuados de las distintas medidas instituidas por la ley a favor de las personas con discapacidad. Tienen también una función de fiscalización del cumplimiento de las normas y, en varios casos, tienen capacidad de sancionar o de proponer sanciones (casos de Ecuador, Perú, Chile y Venezuela). Así mismo, en diversos casos han de proponer y desarrollar investigación sobre la materia de su competencia.

Pero, en general, los órganos rectores han de ser –y garantizar- mecanismos de participación de las PCD, sus organizaciones y sus familiares. Por ello, los órganos rectores asumen competencia para garantizar los mecanismos de concertación que viabilicen el cumplimiento de sus objetivos, tanto a nivel de las diversas instancias y organismos públicos como privados relacionados con la temática de la discapacidad. Así mismo, de garantizar que las

¹¹³ Art. 12 y 13, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

¹¹⁴ Art 18, Ley 1678 de 1995

organizaciones de y para personas con discapacidad participen en el diseño y ejecución de las políticas que tengan que ver con éstas.

B.2.4. PARTICIPACION DE LAS ORGANIZACIONES DE LAS PCD

Las leyes de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela hacen especial hincapié en la **importancia de la participación de las personas con discapacidad, la de sus organizaciones, así como la de sus familiares y otras entidades relacionadas, en la definición de las políticas públicas** que se relacionan con su desarrollo y la protección y/o promoción de sus derechos fundamentales. Es decir, queda establecido por ley la importancia, que no sólo compete al Estado la tarea de promover el desarrollo y los derechos humanos de las personas con discapacidad, sino que ello es también responsabilidad de los propios titulares de tales derechos y de sus familiares.

CUOTAS Y DERECHOS DE PARTICIPACIÓN:

Los seis países andinos tienen institucionalizada la participación de representantes de la sociedad civil, sean de las organizaciones de personas con discapacidad, sus familiares u ONGs que laboren en esa área, en los órganos de gobierno de los entes rectores, los Comités Técnicos o instancias consultivas previstas en la ley. La cuota de participación de PCD es variada.

En **Bolivia**¹¹⁵, 5 representantes de 8 que tiene el CONALPEDIS. En **Chile**¹¹⁶, 8 de 14 miembros que tiene el FONADIS. En **Colombia**¹¹⁷, 6 de organizaciones de PCD (más un delegado de asociaciones que trabajen con PCD, 7), de no menos de 17 miembros (no menos de 8 del gobierno central) con los que cuenta el Consejo Nacional de Discapacidad. En **Ecuador**¹¹⁸, 5 de 12 miembros que tiene el directorio del CONADIS son de PCD. En el caso de **Perú**¹¹⁹, son 6 los representantes de los 15 con los que cuenta el CONADIS.

Finalmente, en **Venezuela**¹²⁰, de los 7 miembros con que cuenta el consejo directivo del CONAPDIS, 5 son representantes de las personas con discapacidad. La ley propugna la constitución de los **comités comunitarios**¹²¹ de PCD, integrados por éstas, que cumplen un rol protagónico ante los Consejos Comunales y los Consejos Locales de Planificación Pública alcanzado sus propuestas y requerimientos.

¹¹⁵ Art. 17, Ley 1678

¹¹⁶ Art. 57, Ley 19.284

¹¹⁷ Art. 10 Ley N° 1145 del 10 de julio del 2007

¹¹⁸ Art. 8, Codificación de la Ley Vigente sobre Discapacidades en el Ecuador

¹¹⁹ Art. 1, Ley N° 28164 del 3 de diciembre 2003

¹²⁰ Art. 56, Ley para las personas con discapacidad (Gaceta Oficial N° 38.598)

¹²¹ Idem, Art. 49

B.3. DESCENTRALIZACION

La implementación de las políticas públicas y los mecanismos de participación de las personas con discapacidad en ellas exige acciones desconcentradas y a nivel nacional de los Estados. Lo que observamos, en los 6 países andinos, es que los procesos de descentralización, caminan a diferentes ritmos y tienen articulaciones o redes distintas.

La legislación andina estudiada muestra los esfuerzos por articular redes nacionales descentralizadas, pero con enfoques y atribuciones diversas. En general, podríamos señalar tres grandes opciones:

- Descentralización Institucional sistémica para ejecutar políticas públicas sobre discapacidad;
- Descentralización de las Acciones de Política Pública a través de los ministerios, dependencias del gobierno central o de la tercerización de la ejecución;
- Descentralización de dependencias que atienden los temas de discapacidad sin articulación eficaz entre éstas.

B.3.1. LA DESCENTRALIZACIÓN INSTITUCIONAL SISTÉMICA PARA EJECUTAR POLITICAS PÚBLICAS SOBRE DISCAPACIDAD SE APLICA EN VENEZUELA, ECUADOR, COLOMBIA Y EN BOLIVIA.

La ley de **Venezuela**¹²², compromete al Ministerio con competencia en materia de desarrollo social, bajo cuya rectoría se encuentra el Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad¹²³, en la asunción de acciones y coordinación de las políticas, planes, programas, proyectos para la atención integral de las personas con discapacidad en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Su organismo ejecutor, el CONAPDIS, debe promover la constitución de Comités Comunitarios a nivel nacional a efectos que coordinen acciones con los Estados y Municipios en función de asuntos inherentes a la atención de personas con discapacidad en sus circunscripciones¹²⁴. Las propuestas de los Comités Comunitarios tendrán prioridad en los Consejos de Planificación Pública de cada Estado y municipio.

La norma **venezolana** faculta a los Estados, municipios, gobernaciones y alcaldías la disposición de recursos para la atención de servicios de atención integral de las personas con discapacidad. También, demanda hacer de conocimiento del CONAPDIS las estrategias, planes, programas, proyectos y acciones, para la

¹²² Gaceta Oficial N°. 38.598 del 5 de enero de 2007

¹²³ Idem. Art. 52

¹²⁴ Idem. Art. 55, Incisos 12, 13

ejecución de los presupuestos destinados a la atención integral de las personas con discapacidad en el ámbito de su competencia¹²⁵.

En **Ecuador**¹²⁶, el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) ejerce sus funciones y atribuciones de manera descentralizada, *mediante el traspaso de responsabilidades y recursos* a sus comisiones provinciales y cantonales¹²⁷. Para ello, prevé la creación de Comisiones *Provinciales* de Discapacidades¹²⁸, conformadas con participación de la sociedad civil, así como de los organismos seccionales y provinciales respectivos, propendiendo –como dice su legislación- a la descentralización y la representación equitativa de hombres y mujeres .

En **Colombia**¹²⁹, la constitución del Sistema nacional de Discapacidad (SND) establece el mecanismo de concertación de los diferentes sectores que intervienen en la integración de las PCD. El organismo rector del SND es el Ministerio de la Protección Social, mientras el Consejo Nacional de la discapacidad es su organismo consultor, asesor institucional y de evaluación del Sistema y de la Política pública. Luego hay 2 niveles adicionales del SND que son los Comités Departamentales y Distritales (CDD) y los Comités Municipales y Locales (CMD o CLD), articulados por Consejos Territoriales de Política Social vinculados al Ministerio.

La ley de **Bolivia**¹³⁰, establece que todas las instancias del Poder Ejecutivo y de los gobiernos locales en dicho país deben contar con unidades especializadas destinadas a la atención de las personas con discapacidad¹³¹; seguidamente, mediante el DS 24807¹³² que reglamentó la ley 1678 creó los Comités Departamentales de Personas con Discapacidad - CODEPEDIS, estructuras departamentales similares al Comité Nacional, constituyendo así un estructurado sistema, delegando –inclusive- la facultad para el otorgamiento del carnet de Discapacidad.

B.3.2. DESCENTRALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE POLÍTICA PÚBLICA A TRAVÉS DE LOS MINISTERIOS, DEPENDENCIAS DEL GOBIERNO CENTRAL O DE LA TERCERIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN ES EL CASO DE CHILE¹³³.

La norma chilena prevé una forma de descentralización de los servicios diferente. Se basa en la aprobación de proyectos en favor de las personas con discapacidad, que son ejecutados *por terceros* y

¹²⁵ Ídem. Art. 64.

¹²⁶ Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

¹²⁷ Ídem. Art. 5°

¹²⁸ Ídem. Art.9, Inc g.

¹²⁹ Art. 5, 6, 7 y 8, Ley N° 1145 del 10 de julio del 2007

¹³⁰ Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995.

¹³¹ Ídem. Art. 21

¹³² Decreto Supremo N° 24807, Reglamento de la Ley 1678 de la Persona con Discapacidad, del 04 de agosto de 1997.

¹³³ Ley19.284 del 5 de enero de 1994.

orientados, preferentemente, a la prevención, diagnóstico, rehabilitación e integración social, financiados con recursos que se asignan a través de concursos públicos, en los que pueden postular personas naturales o jurídicas, sean o no chilenas, y organismos internacionales o extranjeros¹³⁴. En el ánimo de acercar los productos y servicios que ofrece el FONADIS a las personas con discapacidad, se dispuso la conformación de Oficinas de Coordinación en 2006, las que progresivamente se han ido constituyendo.

B.3.3. DESCENTRALIZACIÓN DE DEPENDENCIAS QUE ATIENDEN LOS TEMAS DE DISCAPACIDAD SIN ARTICULACIÓN EFICAZ ENTRE ÉSTAS.

En el Perú¹³⁵, la ley adopta una fórmula de descentralización no sistémica. El órgano rector, CONADIS¹³⁶ tiene facultades para celebrar convenios con las Municipalidades con Gobiernos Regionales, pero sin recursos propios significativos ni capacidad de conducción vía un sistema integrado y jerárquico. Por estos convenios, éstos -en su representación- vigilarían el cumplimiento de la legislación sobre personas con discapacidad. Así mismo, se han creado y puesto en funcionamiento, las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPEDs), institucionalizadas en la vigente Ley Orgánica de Municipalidades (Ley N° 27972, Art. 10), y las Oficinas Regionales de Atención a las Personas con Discapacidad¹³⁷.

C. GARANTÍAS DE CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN: ENTE FISCALIZADOR, SANCIONES, PROTECCIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, CUESTIONES DE PROTECCIÓN DE LAS PCD.

Las leyes no sólo deben ser papeles mojados en tinta, requieren adoptar los mecanismos para que no sean letra muerta, contar con mecanismos institucionales, recursos humanos y materiales, así como de voluntad política y espacios de participación, que permitan llevarlas a la práctica.

Las opciones para garantizar el cumplimiento de la ley no es uniforme en la legislación examinada; como veremos más adelante, varía de un país a otro.

¹³⁴ Idem. Arts. 55°, b y 56°, b.

¹³⁵ Ley 27050 del 18 de diciembre de 1998.

¹³⁶ Ídem. Art. 10°

¹³⁷ Art. 1, Ley N° 28164 del 3 de diciembre 2003

DEFENSA JURIDICA Y SANCIONES A INFRACTORES

En varios países se establecen sanciones (civiles y hasta penales, en algunos) y se encomienda atribuciones a los órganos rectores para el efecto.

La ley de **Ecuador**¹³⁸ encomienda al CONADIS defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad y vigilar el eficaz cumplimiento de la ley, exigiendo sanciones a quienes la incumplan¹³⁹. Señala, asimismo, que **las resoluciones del Directorio del CONADIS tienen carácter obligatorio** para las instituciones, organizaciones o personas naturales y jurídicas vinculadas con las organizaciones del área de las discapacidades. Su incumplimiento acarrea sanciones establecidas en la ley¹⁴⁰. El Directorio del CONADIS, tiene el deber legal de conocer sobre las situaciones de discriminación y las acciones que se adopten al respecto¹⁴¹.

Así mismo, la ley ecuatoriana, reconoce y garantiza el derecho de las personas con discapacidad a no ser discriminadas, por su condición, en todas las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación, despido e indemnización de personal y en cuanto a todos los demás términos, condiciones y privilegios, de los trabajadores. Todas las instituciones, (públicas, privadas y mixtas), están obligadas a adecuar sus requisitos y mecanismos de selección de empleo, para facilitar la participación de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades y equidad de género¹⁴².

La ley ecuatoriana estipula que toda persona que sufra discriminación por su condición de persona con discapacidad o amenaza en el ejercicio de sus derechos y beneficios consagrados en la ley, puede, antes de accionar su demanda y en cualquier etapa del proceso, demandar ante un juez civil las providencias y medidas cautelares respectivas; el cese inmediato de la acción discriminatoria; y cualquier otra que evite la continuación de la violación de sus derechos. Si en el proceso se verifica la existencia de discriminación o la violación de los derechos de las personas con discapacidad, el juez podrá imponer una multa de 250 a 5,000 dólares americanos al infractor o agresor¹⁴³.

En similar sentido, la ley de **Venezuela**¹⁴⁴ contiene un título completo, con 24 artículos integrados en 3 capítulos, sobre las sanciones que le son aplicables a todos los infractores a la ley; detalla el procedimiento y las multas que le son aplicables.

¹³⁸ Codificación N° 000.RO/301 de 6 de abril de 2001.

¹³⁹ Idem. Art. 6, Incisos c y e.

¹⁴⁰ Idem. Art. 9.

¹⁴¹ Idem. Art. 9 inciso h

¹⁴² Idem. Art. 19, inciso d y último párrafo.

¹⁴³ Idem, Art. 21.

¹⁴⁴ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

Establece, las sanciones, que por acción u omisión infrinjan los funcionarios públicos; las sanciones a reincidentes y a infractores que no paguen la multa en el plazo de 5 días hábiles. Señala la obligación de todos los órganos o entes, sean públicos o privados, de brindar información para esclarecer denuncias, ubicar a infractores y aplicar las sanciones a que hubiere lugar. Dispone que todos los recursos generados por las multas formaran parte de un fondo de ayudas técnicas a favor de las PCD¹⁴⁵.

En general, casi todos los países encargan al ente rector o uno de sus órganos directivos fiscalizar el cumplimiento de la ley. La ley de **Venezuela** señala que es Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad quien se encarga de imponer sanciones administrativas a los infractores de la ley sobre discapacidad, en primera instancia, siendo agotada la vía administrativa luego del recurso de reconsideración; contra ellas sólo podrá interponerse la acción correspondiente vía proceso civil.

La ley venezolana sanciona a los proveedores que especulan, cobran en exceso o disminuyan la calidad de las ayudas técnicas, bienes y servicios para las personas con discapacidad. Son multados, también, aquellos que han incurrido en alguna de las infracciones establecidas taxativamente en la ley, con montos variables que van desde 5 hasta 5,000 Unidades Tributarias (UT.), tales como: (a) las instituciones educativas públicas y privadas o sus directivos ; (b) aquellos que impidan el acceso a animales de asistencia; (c) los que incumplen con la cuota de empleo; (d) los que no registran a sus trabajadores; (e) los que incumplen las normas de accesibilidad o no suministran los servicios de telecomunicaciones o los que hacen cobros no permitidos. También reciben sanción aquellos que incumplen con brindar trato social y protección familiar a las personas con discapacidad, primero con charlas de concientización y, si no acuden, pecuniariamente.

La ley de **Chile**¹⁴⁶ establece **sanciones administrativas y penales por la infracción de sus disposiciones**. En cuanto al procedimiento, señala que toda persona que por causa de un acto u omisión arbitraria o legal sufra discriminación o amenaza en el ejercicio de sus derechos y beneficios legales, podrá acudir ante un juez de policía local para que adopte las providencias que aseguren o restablezcan el derecho afectado. Las sanciones administrativas consisten en multas (de una a tres unidades tributarias mensuales) y, en caso de reincidencia, se duplicarán. La reincidencia es causal de exclusión del Registro Nacional de Discapacidad si el sancionado estuviere inscrito en él. Los juzgados de policía locales deben comunicar al Registro Nacional de Discapacidad las sentencias ejecutoriadas que condene a una persona natural o jurídica por infracciones en materia de la ley sobre discapacidad¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Ídem. Art. 73 al 96.

¹⁴⁶ Ley 19.284 del 5 de enero de 1994.

¹⁴⁷ Ídem, Art. 48 a 51.

Más limitada en este campo, la ley de Colombia¹⁴⁸ se centra en el **tema laboral** y dispone que, **en ningún caso, la limitación de una persona, pueda ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral**, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el campo que se va a desempeñar. Ninguna persona con discapacidad puede ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de trabajo. No obstante, quienes fueren despedidos, o su contrato terminado por razón de su limitación, sin el cumplimiento del requisito antes previsto, tienen derecho a una indemnización equivalente a 180 días de salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones previstas en la legislación laboral¹⁴⁹.

Y finalmente, en el caso del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) de Perú, éste tiene **competencia para impulsar Acciones de Cumplimiento** (es decir, accionar ante un juez para exigir a una autoridad el cumplimiento de una norma), en favor de medidas orientadas a garantizar los derechos de las personas con discapacidad¹⁵⁰. Las acciones de cumplimiento constituyen procesos previstos por la Constitución del Perú mediante las cuales se solicita al Poder Judicial instruya a la administración un acto que se considera debido¹⁵¹.

Dispone, al mismo tiempo, de atribuciones para imponer y administrar multas ante el incumplimiento de lo dispuesto en la Ley y su Reglamento (aunque el reglamento derivaba a una resolución ministerial a promulgar por el Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social)¹⁵². Finalmente, el procedimiento administrativo sancionador, sustentado en el principio del debido procedimiento, ha sido establecido en el “Reglamento de Infracciones y Sanciones (RIS)”¹⁵³ a la Ley 27050 – Ley General de la Persona con Discapacidad” y tiene por finalidad sancionar a los infractores, haciendo exigible el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

D. CALIFICACIÓN, CERTIFICACION Y REGISTRO DE LAS PCD

En materia de **calificación, certificación y registro**, la mayor parte de la legislación estudiada revela que los organismos de Salud Pública son, por lo general, los entes encargados de extender las calificaciones y certificaciones de discapacidad exigidas para el ejercicio de los derechos previstos por la ley.

¹⁴⁸ Ley 361 del 7 de febrero de 1997.

¹⁴⁹ Idem, Art. 26.

¹⁵⁰ Ley 27050, Art. 8 inc. i) y DS 003-2000-PROMUDEH

¹⁵¹ Constitución Política del Perú, Art. 200 numeral 6.

¹⁵² Ley 27050, Art. 8 in l) y DS 003-2000-PROMUDEH

¹⁵³ Resolución Ministerial N° 343 – 2006 – MIMDES del 13 de mayo de 2006

D.1. CALIFICACION Y CERTIFICACION:

En cuanto a la calificación y certificación, las leyes examinadas disponen taxativamente cuales son los entes encargados de la calificación y se presentan dos variantes: la predominante es encargar al sector Salud Pública (a veces junto a los órganos específicos como la Seguridad Social, los de salud de las FFAA y la Policía, o del Instituto de la infancia) la calificación, aunque existe – en el caso de Chile- la posibilidad que organismos particulares de salud pueden llevar adelante la acción.

Si bien la ley de **Bolivia**¹⁵⁴ no lo especifica, su reglamento¹⁵⁵ señala que el CONALPEDIS, con apoyo de un equipo interdisciplinario de acuerdo a criterios técnicos y unificados, otorgará el CARNET DE DISCAPACIDAD, a todas las personas afiliadas a la Confederación Boliviana de la Persona con Discapacidad (COBOPDI). Un dispositivo del Ministerio de Salud y Deportes¹⁵⁶, en cumplimiento de la Ley 1678, señala que los “Servicios Departamentales de Salud” (SEDES) de todo el territorio boliviano, designarán un profesional médico como responsable del examen médico (calificación) y certificación de discapacidad.

La ley de **Chile**¹⁵⁷ permite que la calificación, aparte de las instituciones estatales, sea también realizada por instituciones de salud de carácter privado, las cuales deben ceñirse, no obstante, a los criterios que el Ministerio de Salud determine y a las disposiciones de la Ley. Los informes que emitan deben indicar las posibilidades de rehabilitación del afectado y qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar¹⁵⁸. La legislación chilena prevé, asimismo, y desde un enfoque interdisciplinario, que los equipos calificadores estén integrados por médicos, psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos o terapeutas ocupacionales, según el caso. También, cuando fuere pertinente, la integración de uno o más especialistas de otros ámbitos profesionales, de acuerdo a la naturaleza de la discapacidad y a las circunstancias particulares de las personas sometidas a tales evaluaciones¹⁵⁹.

La certificación de discapacidad, sólo corresponderá emitirlos a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

La Ley de **Colombia**¹⁶⁰ dispone que las personas con limitación deban aparecer calificadas como tales en el carné de afilado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o

¹⁵⁴ Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995.

¹⁵⁵ Decreto Supremo N° 24807 del 4 de agosto de 1997.

¹⁵⁶ Resolución Ministerial N° 0751 de octubre de 2004

¹⁵⁷ Ley 19.284 del 5 de enero de 1994

¹⁵⁸ Ídem. Art. 7.

¹⁵⁹ Ídem. Art. 11.

¹⁶⁰ Ley 361 de 7 de febrero de 1997

subsidiado. Así, las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afilado y en caso que ella no sea evidente, la verificarán a través de diagnóstico médico. El carné debe especificar el carácter de persona con limitación y el grado de limitación moderada, severa o profunda de la persona y servirá para identificarse como titular de los derechos establecidos en la Ley ecuatoriana¹⁶¹.

La Ley de **Ecuador**¹⁶² especifica que la calificación de las personas con discapacidad la realizará el Ministerio de Salud Pública y el INNFA (Instituto Nacional del Niño y la Familia) a través de sus unidades autorizadas. En el caso de afiliados y jubilados, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; a los miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, la calificación la harán sus unidades autorizadas.

La ley ecuatoriana dispone que el CONADIS diseñe un sistema único de calificación que será de estricta observancia por parte de las instituciones señaladas como responsables de la calificación, que se encargará del control y seguimiento de la calificación y está facultado para solicitar la recalificación en los casos que amerite, de acuerdo con el reglamento. De comprobarse una calificación dolosa, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales pertinentes, el CONADIS anulará la calificación y eliminará de sus registros a los beneficiarios de ella.

En el caso de **Perú**¹⁶³, la ley dispone que sean los Ministerios de Salud, de Defensa y del Interior, a través de sus centros hospitalarios y el Instituto Peruano de Seguridad Social, las autoridades competentes para declarar la condición (calificación) de persona con discapacidad y otorgar el correspondiente certificado que lo acredite¹⁶⁴.

La ley de **Venezuela**¹⁶⁵, establece que la calificación de la discapacidad es competencia de *profesionales y técnicos especializados en la materia de discapacidad*, que estarán adscritos al Sistema Público Nacional de Salud. La calificación debe consignar la condición, clase, tipo, grado de la discapacidad, como consecuencia de la evaluación individual o colectiva efectuada. Por su parte, la calificación y certificación de la discapacidad laboral es competencia del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral¹⁶⁶.

La certificación de la condición de persona con discapacidad corresponde al CONAPDIS, el cual reconocerá y validará las

¹⁶¹ Ídem. Art. 5

¹⁶² Codificación N° 000.RO/301 de 6 de abril de 2001.

¹⁶³ Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

¹⁶⁴ Ídem Art. 11

¹⁶⁵ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007.

¹⁶⁶ Ídem. Art. 7 primer párrafo.

evaluaciones, informes y certificados de la discapacidad que una persona tenga, expedidos por especialistas con competencia específica en el tipo de discapacidad del cual se trate¹⁶⁷.

D.2. CALIFICACIÓN Y CERTIFICACION: COSTOS Y FACILIDADES

Otro tema relevante, desde el punto de vista de las personas con discapacidad, sobre todo las de menores ingresos, guarda relación con los costos de la certificación, amén de la accesibilidad a los lugares a los que hay que recurrir para obtener la certificación de persona con discapacidad.

Un ángulo de esta problemática tiene que ver con la disponibilidad de los servicios, el centralismo, y la difícil y costosa accesibilidad por parte de las personas con discapacidad. En muchos países, las entidades de certificación se encuentran lejos de los lugares donde radican dichas personas lo cual genera una subcalificación y certificación. Asimismo, está la cuestión del costo de ésta, que muchas veces se encuentra también fuera del alcance de las personas de menores ingresos.

Una forma de enfocar creativamente esta cuestión es planteada por la legislación de **Ecuador**¹⁶⁸, que dispone que el ente rector del sector discapacidad conformará equipos calificadores cuando las entidades constituidas para tal fin no puedan cubrir la demanda, o cuando existan zonas geográficas que carezcan de unidades autorizadas. La calificación y certificación en **Ecuador** es, además, gratuita¹⁶⁹.

En Venezuela parece ser gratuita también.

D.3. REGISTRO:

Todas las normas andinas sobre discapacidad bajo escrutinio, estipulan los mecanismos a seguir, ya sean personas naturales o jurídicas, para que procesen su inscripción en el registro respectivo de su país; así mismo, señalan las razones a que llevarían al retiro de la acreditación otorgada de comprobarse una calificación dolosa, por ejemplo. **Todos los países andinos, a excepción de Colombia, crean o establecen instancias especializadas denominadas “REGISTROS”** para la inscripción de las personas con discapacidad.

¹⁶⁷ Idem. Art. 7 segundo párrafo.

¹⁶⁸ Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

¹⁶⁹ Idem. Art. 18 segundo párrafo.

D.3.1. REGISTROS DE PERSONAS NATURALES Y/O JURÍDICAS

Bolivia¹⁷⁰ y **Colombia**¹⁷¹, que se refieren exclusivamente al registro de personas naturales o a que las personas con discapacidad deben estar identificadas con carnet, respectivamente; sólo las legislaciones de **Chile**¹⁷², **Ecuador**¹⁷³, **Perú**¹⁷⁴ y **Venezuela**¹⁷⁵ -explícita o implícitamente- contemplan que el Registro de Personas con Discapacidad incluya a personas naturales y *jurídicas*; esto es a organizaciones de personas con discapacidad, instituciones que trabajan para personas con discapacidad y, en general, para todas las personas que se desempeñe o relacionen con personas con discapacidad.

D.3.2. REQUERIMIENTOS Y ENTE RESPONSABLE DEL REGISTRO

En el caso de **Bolivia**, se establece que para inscribirse en el **Registro Nacional de Personas con Discapacidad**, cuya base de datos estará a cargo del **Centro de Información de CONALPEDIS**, se requiere del Certificado Único de Discapacidad; además, a fin de homogenizar la calificación del tipo y grado de discapacidad, encarga al Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con el CONALPEDIS, la elaboración del Manual de Calificación de Discapacidades¹⁷⁶.

La ley **chilena**¹⁷⁷ crea el **Registro Nacional de la Discapacidad**, a cargo del **Servicio de Registro Civil e Identificación**, con objetivo de reunir y mantener los antecedentes de las personas con discapacidad y de los organismos de y para personas con discapacidad. Aparte de inscribir a las personas naturales y jurídicas acreditadas, también registra las sanciones por infracción a la ley; también cancela la inscripción a pedido de las instancias por ley establecidas¹⁷⁸.

La norma **ecuatoriana**¹⁷⁹ señala que es el **Registro Nacional de Discapacidades** a cargo del **CONADIS**, el encargado de inscribir y otorgar el carnet correspondiente, a las personas naturales y de instituciones públicas y privadas, dedicadas al trabajo de discapacidades, debidamente calificadas¹⁸⁰. Es requisito para que las ONG - creadas específicamente para atender a personas con discapacidad- reciban recursos del Estado y de fuentes externas,

¹⁷⁰ Decreto Supremo N° 28521 del 16 de diciembre de 2005

¹⁷¹ Art.5, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

¹⁷² Art. 47, Ley 19.284 del 5 de enero de 1994

¹⁷³ Art. 14 in fine, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

¹⁷⁴ Art. 12, Ley N° 27050 del 18 diciembre 1998

¹⁷⁵ Arts. 68 y 71, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

¹⁷⁶ Decreto Supremo N° 28521 del 16 de diciembre de 2005

¹⁷⁷ Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

¹⁷⁸ Idem. Arts. 46 y 47

¹⁷⁹ Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

¹⁸⁰ Idem. Arts. 14 y 18.

estar inscritas en el Registro Nacional de Discapacidades y obtener su registro de funcionamiento¹⁸¹.

La ley **peruana**¹⁸² contempla que la inscripción será de carácter gratuito en el **Registro Nacional de la Persona con Discapacidad** a cargo del **CONADIS**, y contendrá cuatro registros especiales (de personas con discapacidad y sus familiares; de entidades públicas y privadas que brinden atención y servicios al sector; de instituciones voluntarias sin fines de lucro que trabajen con o para PCD; y, de organizaciones industriales, importadoras y afines vinculadas a servicios para personas con discapacidad). Para la actualización de datos el CONADIS recibirá el apoyo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)¹⁸³.

La ley **venezolana**¹⁸⁴ da nacimiento al Registro Nacional de Personas con Discapacidad a cargo del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad y en coordinación con los órganos y entes nacionales con competencia en materia de salud, estadística, servicios sociales y seguridad laboral, y estará organizado por estados, municipios, parroquias y comunidades. Dispone 4 tipos de registros: Registro municipal de personas con discapacidad, Reporte de nacimientos de niños y niñas con discapacidad, Registro de organizaciones de personas con discapacidad y de sus familiares y Registro de trabajadores con discapacidad¹⁸⁵.

Hay que anotar que algunos países como el Perú tiene formalmente un registro en los Hospitales del Ministerio de Salud que deben llevar cuenta de los pacientes atendidos con alguna discapacidad, aunque el manejo es poco eficaz. Chile lleva registros alrededor de sus programas de salud bastante eficientes.

D.3.3. BENEFICIOS DE LA ACREDITACION

Las seis leyes de los países andinos disponen, explícita o implícitamente, que para efectos del goce de los beneficios y derechos de las personas con discapacidad establecidos en sus normas será necesaria la acreditación respectiva. Así mismo, precisan que la información contenida en los Registros les permitirá contar datos actualizados para el diseño e implementación de políticas públicas para personas con discapacidad

¹⁸¹ Registro Oficial N° 27 del 13 de enero de 2003 – Reglamento General a la Ley de Discapacidades. Art. 19 inc.5

¹⁸² Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

¹⁸³ Idem. Arts. 12 y 13.

¹⁸⁴ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

¹⁸⁵ Idem. Art. 68 al 72.

E. DISCAPACIDAD Y DERECHO A LA SALUD: PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN INTEGRAL.

El tema de la **atención de la salud de las personas con discapacidad** implica, tomando en cuenta las normas y acuerdos internacionales adoptados sobre la materia, un enfoque basado en la Rehabilitación Integral. Ello implica la cobertura de todos los aspectos relacionados con el desarrollo de medidas de prevención y rehabilitación para la integración plena en la sociedad de toda persona afectada por una deficiencia. También exige acciones prioritarias a tener en cuenta para las personas con discapacidad en casos de contingencias, incluyendo conflictos armados, emergencias humanitarias y desastres naturales

E.1. PREVENCIÓN

En materia de prevención de las discapacidades, los países deben adoptar medidas encaminadas a impedir o evitar que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial en las personas (prevención primaria), o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria).

La prevención puede incluir muchos tipos de acción diferentes, como atención primaria de la salud, puericultura prenatal y postnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad para la prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales, difusión de mensajes orientadores por los medios de comunicación y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados, entre otros.

En esta materia, el contenido de la legislación marco estudiada refleja un conjunto bastante variado de medidas que incluyen, entre otras:

- la promoción de acciones preventivas relacionadas con la planificación familiar y el asesoramiento genético;
- el acompañamiento y asesoramiento en la gestación, parto, puerperio y nutrición de mujeres embarazadas, y el control de las gestantes de alto riesgo.
- el desarrollo de programas de prevención de accidentes laborales, de tránsito y el tratamiento adecuado de las víctimas.
- privilegiar las medidas de prevención en las áreas de salud, educación, trabajo y comunicación.

E.1.1. PREVENCIÓN EN LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

No son muchos los países que ordenan sus políticas de prevención en función de planes nacionales. Un ejemplo de los que si lo hacen, con resultados interesantes, son **Colombia** y **Venezuela**.

La ley de **Colombia**¹⁸⁶ indica que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben incluir en su *Plan Obligatorio de Salud* las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación. Asimismo, que las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) incluyan en sus *Programas de Salud Ocupacional* las directrices sobre seguridad laboral dictadas por el Ente Rector. Las autoridades Departamentales o Municipales, a su vez, deben adoptar las medidas de ordenamiento del tránsito y prevención de accidentes que les recomiende el Ente Rector¹⁸⁷.

Estas políticas son instrumentadas a través del Ministerio de Educación, que debe tomar medidas para que, tanto en el proceso educativo, como en el de culturización en general, se asegure dentro de la formación integral de las personas la prevención de aquellas condiciones que generalmente causen limitación. Ello implica que todas las entidades públicas y privadas cuyo objeto sea la formación y capacitación de profesionales, prácticamente en todos los campos, incluyan en sus currículos temáticos referentes a la atención y prevención de las enfermedades y demás causas de limitación y minusvalías¹⁸⁸.

La ley colombiana también dispone específicamente que son los sectores públicos de Salud, Trabajo y Educación quienes deben prever en sus planes y programas el desarrollo de un *Plan Nacional de Prevención*¹⁸⁹.

La ley de **Venezuela**¹⁹⁰, que crea el Sistema Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad, explicita que el Estado aportará los recursos humanos, tecnológicos y financieros, a través de los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, con atribuciones en el ámbito de la prevención de accidentes, enfermedades, situaciones y condiciones que puedan tener como resultado discapacidades motoras, sensoriales o intelectuales. Así mismo, dispone que el ministerio con competencia en materia de desarrollo social, a través del CONAPDIS, debe coordinar con otras instancias de la administración pública, el diseño y ejecución de políticas preventivas pertinentes a la discapacidad¹⁹¹.

¹⁸⁶ Ley 361 de 7 de febrero de 1997

¹⁸⁷ Idem. Art. 7.

¹⁸⁸ Idem. Art. 8

¹⁸⁹ Idem. Art. 9

¹⁹⁰ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

¹⁹¹ Idem. Art.11.

E.1.2. PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN.

Uno de los aspectos destacables de la legislación de **Ecuador**¹⁹² es que considera a la investigación como uno de los objetivos de la política de prevención de discapacidades. Con esa perspectiva, dispone que todos los profesionales de la salud, sea que laboren en el sector público o privado, deben remitir al Ministerio de Salud y al Centro de Información y Documentación del CONADIS la información que ambos requieran sobre discapacidades con fines epidemiológicos¹⁹³.

La ley **peruana**, por su parte, distingue medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, y prevé el apoyo – como parte de su enfoque- a actividades y programas científicos; acciones que son coordinadas entre el CONADIS y el Ministerio de Salud¹⁹⁴, aunque con un corte bastante declarativo.

La ley **chilena** establece que es una obligación del Estado la prevención de las discapacidades¹⁹⁵ y ha desarrollado –a través de su sistema de planeamiento- investigación para desarrollar una línea de base para definir sus políticas.

Así mismo, la ley chilena precisa que la prevención, principalmente en las áreas de salud, educación, trabajo y comunicación, comprende tanto las medidas tendientes a evitar las causas de las deficiencias que pueden ocasionar discapacidad, como las destinadas a evitar su progresión o derivación en otras discapacidades. Así, la prevención estará orientada principalmente a:

- La atención adecuada del embarazo, del puerperio y del recién nacido para evitar y detectar la deficiencia y discapacidad;
- El asesoramiento genético;
- La investigación en el recién nacido de enfermedades metabólicas;
- La detección y registro de las malformaciones congénitas visibles en los recién nacidos;
- La promoción de la salud física y mental, principalmente evitando el uso indebido de las drogas, y el abuso del alcohol y el tabaco; y,
- La prevención en accidentes del tránsito, del trabajo y enfermedades ocupacionales¹⁹⁶.

¹⁹² Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

¹⁹³ Idem. Art.24.

¹⁹⁴ Art. 14 y 15, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

¹⁹⁵ Art. 2, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

¹⁹⁶ Idem. Art. 13.

F. ATENCIÓN, REHABILITACIÓN Y CURACIÓN: ACCESO Y CONDICIONES

Este es un tema que ya hemos desarrollado extensamente en el **Capítulo I.6 ACCESO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA DE SALUD: PROGRAMAS PREVENTIVOS, CURATIVOS Y DE REHABILITACIÓN** (Págs. 60 – 83)

F.1. REHABILITACIÓN CON ENFOQUE SOCIAL Y NO DISCRIMINATORIO

En lo que respecta a las medidas de *Rehabilitación*, destaca el enfoque de la ley de **Ecuador**¹⁹⁷ que se basa en el principio de No Discriminación. En efecto, la ley, indica que los servicios de salud deben ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona los requiera. Siendo considerados actos discriminatorios en razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que corresponda¹⁹⁸.

Las actividades relacionadas con la atención de la salud en la ley de **Ecuador** son concebidas bajo un enfoque de *Integración Social y No Discriminación*. Estas comprenden:

- (a) la concesión de subsidios para acceder a servicios de salud, vivienda, asistencia técnica y provisión de ayudas técnicas y tecnológicas, a través de los organismos públicos y privados responsables de las áreas indicadas;
- (b) el impulso a los servicios (necesarios) para la dotación, fabricación, mantenimiento o distribución de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas, que suplan o compensen las deficiencias,
- (c) la entrega por el Estado y las instituciones de seguridad social, directamente, bajo convenio o contrato con otras instituciones públicas o privadas, de ayudas técnicas y tecnológicas;
- (d) la producción y distribución de medicamentos genéricos y esenciales, además de los insumos que se necesiten para la atención de deficiencias y discapacidades que requieran de un tratamiento prolongado¹⁹⁹.

F.2. HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN EN CENTROS ESPECIALIZADOS

Las leyes de **Bolivia, Chile y Venezuela**, por su parte, promueven la creación de Centros Especializados de Rehabilitación.

¹⁹⁷ Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

¹⁹⁸ Idem. Art. 19 inc. C)

¹⁹⁹ Idem. Art. 4 incs. f), i), j).

La ley **boliviana** considera la creación de una *red* de servicios especializados en rehabilitación, garantizando el acceso de las personas con discapacidad a los establecimientos de salud pública y privada²⁰⁰, y, en particular, la atención domiciliaria de las personas con discapacidad grave. Considera, también, que todos los servicios de salud sean desarrollados con participación de la sociedad y orientados a la integración social de las personas con discapacidad.

La ley **chilena**²⁰¹ establece que es responsabilidad del Estado la creación de centros públicos o privados²⁰² para que las personas con discapacidad puedan tener acceso a las prestaciones y servicios oportunos y necesarios, la recuperación de la funcionalidad y su mantenimiento a fin de lograr una integración social, educativa o laboral. De no ser posible la completa recuperación, la acción rehabilitadora consistirá en desarrollar sus destrezas funcionales y en dotar de elementos alternativos para compensar dicha discapacidad²⁰³.

La ley **venezolana**, por su parte, señala que recae en el Estado la responsabilidad de brindar la habilitación y la rehabilitación de las personas con discapacidad y ésta se dará en instituciones educativas, de formación y capacitación ocupacional; en establecimientos y servicios de salud, en unidades de rehabilitación ambulatorias, de corta y larga estancia, las cuales serán apropiadamente dotadas con personal idóneo, presupuesto adecuado y recursos materiales suficientes para un óptimo servicio. Los particulares podrán ofrecer estos servicios que funcionarán, siempre bajo la orientación, supervisión y control de los ministerios con competencias en materia de salud, desarrollo social, educación y deportes, para la economía popular y de trabajo, según sea la pertinencia²⁰⁴. Ha descentralizado significativamente la rehabilitación.

F.3. REHABILITACIÓN INTEGRAL

Las leyes de **Colombia** y **Venezuela** abordan la rehabilitación en forma integral.

La ley de **Colombia**²⁰⁵, establece que los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación deben establecer mecanismos para que las personas con discapacidad cuenten con programas y servicios de *rehabilitación integral*, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que, en general, dispongan de los instrumentos que les permitan auto realizarse, cambiar la calidad de sus vidas e intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad²⁰⁶.

²⁰⁰ Art. 6 Inc.), Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995.

²⁰¹ Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²⁰² Idem. Art. 15.

²⁰³ Idem. Art.14

²⁰⁴ Art. 13, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁰⁵ Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁰⁶ Idem. Art. 18 segundo párrafo.

Por su parte, la ley de **Venezuela**²⁰⁷, prescribe que la rehabilitación será integral y multisectorial, prestada por profesionales capacitados para tal fin y consistirá en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención a personas con discapacidad; su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento y afianzamiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas de las personas con discapacidad para lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como su inclusión y participación plena en todos los aspectos de su vida²⁰⁸.

Chile incorpora el concepto y enfatiza el **tratamiento psicológico** como señalaremos.

El concepto no aparece las normas del Perú por ejemplo y la rehabilitación no incluye la readaptación psicológica, social y profesional.

F.3.1. REHABILITACIÓN CON TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La ley de **Chile**²⁰⁹ hace referencia al *tratamiento psicológico* de las personas con discapacidad. La ley chilena dispone que la rehabilitación incluirá asistencia en salud mental, con el propósito que la personas con discapacidad pueda desarrollar al máximo sus capacidades. Asistencia que, de ser necesario, puede extenderse a la familia²¹⁰.

F.4. REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Por su parte la ley de **Venezuela**²¹¹ hace expresa referencia a que la habilitación y rehabilitación debe apoyarse en la participación de la familia y la comunidad e inclusión de la persona con discapacidad en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad. Precisa que la habilitación y rehabilitación están a disposición de las personas con discapacidad, lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales²¹². Precisa, en otro acápite, que las PCD deben ser atendidas en el seno familiar²¹³ y, más adelante, dispone que los municipios desarrollen servicios de integración familiar de la persona con discapacidad al desarrollo comunitario, para tal efecto dispondrán de recursos a nivel estadual, gobernaciones y municipios²¹⁴.

²⁰⁷ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁰⁸ Idem. Art. 12.

²⁰⁹ Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²¹⁰ Idem. Art.17

²¹¹ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²¹² Idem. Art. 12

²¹³ Idem. Art, 9 in fine.

²¹⁴ Idem. Art. 64

La ley **venezolana** dispone, también, que el CONAPDIS debe crear *unidades municipales para las personas con discapacidad*²¹⁵ para, entre otros, fomentar el interés de la sociedad, la familia y la comunidad organizada sobre la participación y atención integral a las PCD²¹⁶.

F.5. DOTACIÓN DE AYUDAS BIOMECÁNICAS

En lo que refiere a la **dotación de ayudas biomecánicas**, la ley **boliviana** estimula la *fabricación*, importación y uso de equipos, instrumentos y elementos de ayuda biomecánica en rehabilitación²¹⁷.

La de **Chile** establece que, en aquellos casos que en razón de la discapacidad sea imprescindible el uso de prótesis, de órtesis o de otras ayudas técnicas para realizar las funciones propias de la vida diaria, para la educación o para el trabajo, la adquisición, conservación, adaptación y renovación de dichos aparatos se entenderá como parte del proceso de rehabilitación²¹⁸.

La ley **colombiana** dispone que los Municipios deban destinar recursos para *subsidiar* la adquisición de prótesis, aparatos ortopédicos u otros elementos necesarios para las personas con discapacidad de escasos recursos, dentro de las atenciones del *Plan Obligatorio de Salud*²¹⁹. Indica, asimismo, que el Gobierno promoverá iniciativas para poner en marcha proyectos en cabeza de las entidades territoriales, las organizaciones no gubernamentales y la cooperación técnica internacional, de manera que toda PCD, durante su proceso de educación, capacitación, habilitación o rehabilitación, según el caso, tenga derecho a que se le suministre los equipos y ayudas especiales requeridas para cumplir con éxito tales procesos²²⁰.

La ley **peruana**, prevé el otorgamiento de prótesis, aparatos ortopédicos, medicinas, drogas y toda ayuda compensatoria para la rehabilitación física de las personas con discapacidad²²¹.

La ley **venezolana** establece que toda persona con discapacidad, *tiene derecho* a obtener para uso personal e intransferible ayudas técnicas que le permitan habilitar, rehabilitar o compensar alguna discapacidad para su mejor desenvolvimiento personal, familiar, educativo, laboral y social. Señala que el Estado proveerá de los recursos necesarios para ello. El Estado asume la responsabilidad de facilitar formas apropiadas de asistencia y apoyo, tales como:

²¹⁵ Idem. Art. 65

²¹⁶ Idem. Art. 67 inc. 4.

²¹⁷ Art. 19 inc.g), Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995

²¹⁸ Art. 16, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²¹⁹ Art. 20, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²²⁰ Art. 21, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²²¹ Art. 18, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

guías, cuidadores, cuidadoras, traductores o traductoras, intérpretes de lengua de señas como parte de la atención integral a las personas con discapacidad. Corresponde al CONAPDIS, los estados, los municipios y demás instituciones o fundaciones que se dediquen a tal fin, brindar estas prestaciones²²².

G. EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES Y ACCESIBILIDAD.

La remoción de los obstáculos que impiden la plena e integral **accesibilidad de las personas con discapacidad a los diversos espacios y aspectos de la vida económica y social** es un requisito indispensable para la realización de la igualdad de oportunidades. Para ello se requiere que los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se pongan a disposición de todos, especialmente de las PCD.

G.1. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS, COMUNICACIONALES, SOCIALES Y CULTURALES.

Para que el principio de la igualdad de derechos sea efectivo, se necesita, al mismo tiempo, reconocer que las necesidades de todas las personas tienen igual importancia; que esas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades, los territorios y los espacios urbanos; y que todos los recursos deben emplearse de manera tal que garanticen que todas las personas tengan las mismas oportunidades de participación.

Las personas con discapacidad son miembros de la sociedad y, como tales, tienen el derecho a permanecer y participar a plenitud en sus comunidades. Para concretar este derecho no solo deben recibir el apoyo que requieren en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo y servicios sociales, y tener acceso a ellas, sino que además deben tomarse medidas para que el entorno físico sea accesible y para garantizar el acceso de éstas a la información y la comunicación.

La mayor parte de la legislación de los países miembros del ORAS-CONHU cuentan con leyes que contemplan medidas para asegurar la accesibilidad y eliminación de los obstáculos a la participación de las personas con discapacidad en el entorno físico, por ejemplo, en lo que se refiere a las viviendas, los edificios, los servicios de transporte público y otros medios de transporte, las calles y otros lugares al aire libre, así como para garantizar su derecho a la información y documentación escritas, aunque la realidad diste de las normas.

²²² Art. 14, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

G.2. ACCESIBILIDAD EN EDUCACIÓN, CULTURA Y TRABAJO

Países como **Chile**²²³, **Ecuador**²²⁴ y **Venezuela**²²⁵ han integrado en su legislación, además, medidas dirigidas a garantizar la plena accesibilidad de las personas con discapacidad en materia de educación, cultura y trabajo. La Ley General de Educación del Perú adopta el principio de la Educación Inclusiva y la nueva Constitución Boliviana igualmente.

G.3. EDIFICIOS Y ESPACIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS ACCESIBLES

Las leyes de **Ecuador**²²⁶, **Chile**²²⁷, **Perú**²²⁸ y **Venezuela**²²⁹, contemplan disposiciones dirigidas a que toda obra pública o privada que suponga acceso del público, (lo que ocurre habitualmente con caminos, parques, aceras, jardines, plazas, servicios sanitarios, medios de transporte, sistemas de comunicaciones, edificios públicos y/o de departamentos y otras instalaciones públicas), integre accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para PCDs. En el caso de **Perú**, existen otras normas sobre accesibilidad, tales como: la Ley N° 23347, el Decreto de Alcaldía de Lima N° 045, las Normas Técnicas de Edificación Arquitectónica y Urbanística (NTE U.190 y NTE A.060, sobre adecuación urbanística y arquitectónica para PCD), la Ley N° 27920 que sanciona las normas técnicas sobre edificación antes mencionadas y la Resolución Defensorial N°37, que aprueba la cartilla "El Rol de las Municipalidades en el Desarrollo de las PCD"

G.4. RESERVA DE ASIENTOS Y ADAPTACIÓN DE UNIDADES DE TRANSPORTE

La legislación de **Ecuador**²³⁰, **Chile**²³¹ y **Venezuela**²³² consideran la reserva de asientos para personas con discapacidad y la progresiva adecuación de las unidades de transporte a las necesidades de estas personas. También se norma sobre la identificación.

G.5. RESERVA DE PUESTOS DE ESTACIONAMIENTO

La legislación de **Chile**²³³, dispone que todos los establecimientos y edificios destinados a un uso que implique la concurrencia de público deban contar con estacionamientos para vehículos conducidos por PCDs, o que las transporten, debiendo reservar, al mismo tiempo, un

²²³ Título IV, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²²⁴ Art. 19 inc c, d y f, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

²²⁵ Arts. 20, 24, 28 y 29, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²²⁶ Art. 19 inc a, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

²²⁷ Art. 21, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²²⁸ Arts. 43, 44, 45, 46, 46-A de la Ley 27050 y su modificatoria

²²⁹ Art. 31 y 41, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²³⁰ Art. 19 inc e, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

²³¹ Arts. 23 y 24, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²³² Arts. 37 y 38, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²³³ Art. 25, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

número suficiente de ellos para su uso. En igual sentido decreta la ley de **Venezuela**²³⁴ y en el **Perú**.

G.6. BIBLIOTECAS ACCESIBLES

La ley de **Colombia** prevé medidas para asegurar el pleno acceso de las personas con discapacidad a las bibliotecas públicas²³⁵. La ley de **Chile**, por su parte, precisa que las bibliotecas de acceso público deberán contar gradualmente con material y facilidades destinados a no videntes²³⁶.

G.7. VIVIENDAS ACCESIBLES

Al respecto, las leyes de **Chile**²³⁷ y **Venezuela**²³⁸ reconocen el derecho de las PCD a contar una vivienda adecuada. Para tal efecto, disponen el otorgamiento de subsidios (Chile) o el acceso a políticas sociales y créditos (Venezuela) para la construcción, adquisición o remodelación de viviendas accesibles. La ley venezolana señala que corresponde al Estado el desarrollo de proyectos arquitectónicos de vivienda dirigidos a este sector social.

G.8. ACCESIBILIDAD EN MATERIA DE COMUNICACIÓN

Por su parte, y en cuanto refiere a las normas sobre accesibilidad en materia de comunicación, las leyes de **Ecuador y Venezuela** abordan el tema. Así, promueven tanto la eliminación de barreras respecto a la difusión de información, como la incorporación de recursos tecnológicos y humanos que permitan la recepción de mensajes y el acceso pleno de todas las personas a los sistemas de educación, capacitación, comunicación y señalización.

En el caso de las personas sordas o con discapacidad visual, la legislación de **Ecuador**²³⁹ y **Venezuela**²⁴⁰, disponen el uso del lenguaje de señas tanto ecuatorianas (*Lengua de Señas Ecuatoriano*) como venezolanas (*Lengua de Señas Venezolana*), respectivamente; así como de otros soportes y medios que faciliten el ejercicio por las personas con discapacidad de su derecho a la comunicación y la información.

G.9. ANIMALES DE ASISTENCIA

Las leyes de **Chile**²⁴¹ y **Venezuela**²⁴² contemplan disposiciones sobre el tema, señalando el derecho que asiste a toda PCD de ser

²³⁴ Art. 32, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²³⁵ Art. 15, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²³⁶ Art. 20, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²³⁷ Art. 22, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²³⁸ Art. 36, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²³⁹ Art. 19 inc. f, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

²⁴⁰ Art. 20, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁴¹ Arts. 25-A, 25-B, 25-C, 25-D, 25-E, 25-F, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²⁴² Art. 34, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

acompañada por animales de asistencia, sin restricción alguna, en los ambientes y espacios donde se desenvuelven, sea público o privado así como en los medios de transporte. Los animales de asistencia deberán estar entrenados y debidamente identificados y acreditados.

H. DISCAPACIDAD Y DERECHO A LA EDUCACIÓN Y LA FORMACIÓN: Educación Inclusiva, Educación Especial, Capacitación Docente, Promoción Cultural y Deportiva, Orientación Vocacional

El derecho a la educación de todas las personas está reconocido en todos los instrumentos internacionales de derechos humanos, la misma que debe estar orientada hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad y al fortalecimiento del respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales; entendido en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre.

Corresponde a los Estados desarrollar acciones para eliminar la discriminación que afecta a las personas con discapacidad en este campo y asegurar su igualdad de derechos en el ámbito de la educación, brindando las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación permanente y regular, con miras a reducir en un horizonte breve las diferencias de conocimiento que marcan la distancia entre quienes han podido educarse normalmente y quienes no lo han podido hacer porque sufren una discapacidad.

La legislación de los países andinos estudiados reconoce, por lo general, el principio de la igualdad de oportunidades de educación en los niveles primario, secundario y superior para los niños, los jóvenes y los adultos con discapacidad en entornos integrados, y procura que la educación de las personas con discapacidad constituya una parte integrante del sistema de enseñanza.

H.1. INTEGRACIÓN AL SISTEMA EDUCATIVO REGULAR

Las leyes de **Ecuador**²⁴³, **Perú** y **Venezuela**, adoptan una visión que promueve la integración de las personas con discapacidad en el sistema educativo regular. En estos casos, las referidas legislaciones prevén que los centros educativos efectúen las adaptaciones necesarias, y proporcionen los servicios de apoyo requeridos, para que el derecho antes referido sea efectivo. Las adaptaciones y servicios referidos incluyen, por lo general, los recursos humanos especializados, las adecuaciones curriculares, las evaluaciones, metodología, recursos didácticos y planta física respectivas.

²⁴³ Art. 19 inc c), Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

La legislación **peruana** señala que no puede negarse a nadie el acceso a un centro educativo por razones de discapacidad física, sensorial o mental, ni retirarla o expulsarla por este motivo. Son nulos todos los actos que, basados en motivos discriminatorios, afecten de cualquier manera la educación de una persona con discapacidad²⁴⁴.

La legislación **peruana** en otro acápite precisa que los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales que hubieren quedado discapacitados en acto de servicio y que, por tal motivo, hubieren tenido que interrumpir sus estudios superiores, tienen un período hasta de 5 años de matrícula vigente para su reincorporación al sistema universitario. Facilidad que también es otorgada a los alumnos universitarios que, durante su período académico de pregrado, sufrieran alguna discapacidad por enfermedad o accidente²⁴⁵.

La ley **venezolana** explicita que no deben aducirse razones de discapacidad, ni de edad de aquellas, para impedirles el ingreso a institutos de educación regular básica, media, diversificada, técnica o superior, formación pre-profesional o en disciplinas o técnicas que capaciten para el trabajo. Así mismo, la norma garantiza la educación para todas aquellas PCD que no pudiendo integrarse a las escuelas regulares, lo harán en escuelas especializadas adecuadas a sus aptitudes y condiciones de desenvolvimiento personal, con el propósito de facilitar su inserción en la escuela regular hasta el nivel máximo alcanzable en el tipo y grado de discapacidad específica. También, señala el rol de deben jugar los familiares de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, debiendo ser capacitados para ser copartícipes eficientes en las actividades educativas y formativas de sus familiares²⁴⁶.

La ley **boliviana**, prescribe que todas las PCD tienen derecho a recibir educación y no debe aducirse razones de discriminación por discapacidad para impedirles el acceso a los establecimientos públicos o privados; la integración será progresiva, de acuerdo al tipo y grado de discapacidad²⁴⁷.

La ley de **Colombia** promueve la integración de las personas con discapacidad en la educación regular, en establecimientos educativos organizados por entidades gubernamentales y no gubernamentales, en el marco de un Proyecto Educativo Institucional. El Estado apoya a estas instituciones, dotándolas de material educativo que responda a las necesidades específicas que presenten los alumnos. Establece metodologías para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual; y promueve el diseño, producción y difusión de materiales educativos

²⁴⁴ Art. 23 inc. 23.2, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁴⁵ Art. 26 inc. 26.3, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁴⁶ Arts. 16 y 18, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁴⁷ Art. 6 inc. g), Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995

especializados, así como de estrategias de capacitación y actualización para docentes en este campo²⁴⁸.

La ley colombiana prevé procedimientos y mecanismos que faciliten a las personas con discapacidad postular y acceder a créditos educativos y becas²⁴⁹.

H.2. SISTEMA DIFERENCIADO, FLEXIBLE Y DINÁMICO

La legislación de **Chile** concibe la Educación Especial como una modalidad diferenciada de la educación general. Se caracteriza por constituir un sistema flexible y dinámico, que desarrolla su acción preferentemente en el sistema regular de educación, proveyendo servicios y recursos especializados a las personas, con o sin discapacidad, que presenten necesidades educativas especiales. La incorporación de las personas con discapacidad a la educación por vía de escuelas especiales, se efectuará solo de manera excepcional y por el tiempo indispensable. Dichas escuelas deben proveer de recursos especializados y brindar servicios y asesoría a los jardines infantiles, a las escuelas de educación básica y media, a las instituciones de educación superior o de capacitación en las que se aplique o pretenda aplicar la integración de personas que requieran educación especial. Deben fomentar, también, que los programas de Educación Superior integren materias relacionadas con la discapacidad en el ámbito de su competencia²⁵⁰.

H.3. LENGUAJE DE SEÑAS

Resulta importante resaltar el énfasis puesto por las leyes de **Ecuador** y **Venezuela** respecto del derecho de comunicación para las personas sordas. Así, la ley **ecuatoriana**, establece que el Estado reconoce el derecho de las personas sordas al uso de la “Lengua de Señas Ecuatoriana”²⁵¹; mientras que la ley **venezolana** señala que el Estado reconoce “La lengua de Señas Venezolana” como Patrimonio Lingüístico de la Nación

I. DEPORTE

En cuanto a promoción del deporte, la Ley **colombiana** dispone que el Gobierno organice y financie eventos deportivos y de recreación a nivel nacional para la participación de PCDs, así como para aquellas organizaciones que les prestan servicios, en eventos de esta naturaleza a nivel internacional. Prevé, asimismo, que los campos y

²⁴⁸ Arts. 11 al 13, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁴⁹ Art. 14, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁵⁰ Arts. 26 al 32, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²⁵¹ Art. 19 inc. f) segundo párrafo, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

escenarios deportivos públicos sean facilitados a los organismos oficiales o privados que se dediquen a la educación, habilitación y rehabilitación de PCDs²⁵².

Por su parte, la ley **peruana** delega en el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad la obligación de promover el desarrollo actividades deportivas entre personas con discapacidad y la disposición de expertos, equipos e infraestructura adecuados para tales prácticas; también promueve la creación de las correspondientes Federaciones Deportivas Especiales a efectos de que Perú se integre y participe en los eventos organizados por el Comité Para Olímpico Internacional²⁵³.

También la ley **ecuatoriana**, garantiza el fomento, apoyo y cooperación a las actividades deportivas de las PCD, a través de programas de integración y otros que hubiere lugar²⁵⁴; en tanto la ley **venezolana**, dispone que el Estado, a través del ministerio con competencia en materia de educación y deportes, en coordinación con los estados y municipios, formulará políticas públicas, desarrollará programas y acciones para la inclusión e integración de las personas con discapacidad a la práctica deportiva, mediante facilidades administrativas y las ayudas técnicas, humanas y financieras, en sus niveles de desarrollo nacional e internacional²⁵⁵.

J. PROMOCION CULTURAL

En forma similar y en materia de promoción cultural, la ley **colombiana** dispone que los escenarios culturales de propiedad pública sean facilitados a las entidades oficiales o privadas dedicadas a la educación, rehabilitación y capacitación de PCDs²⁵⁶. Las personas inscritas en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad del **Perú** tienen derecho a un descuento de hasta 50 % sobre el valor de la entrada a los espectáculos culturales y deportivos organizados y/o auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura, el Instituto Nacional del Deporte y las Municipalidades²⁵⁷.

La ley **venezolana**, por su parte establece que el Estado, a través del ministerio con competencia en materia de cultura, formulará políticas públicas, desarrollará programas y acciones a los fines de promover y apoyar para que las personas con discapacidad puedan acceder y disfrutar de actividades culturales, recreativas, artísticas y de esparcimiento, así como también la utilización y el desarrollo de sus habilidades, aptitudes y potencial artístico, creativo e intelectual²⁵⁸.

²⁵² Arts. 39 y 40, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁵³ Arts.27 y 28, 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁵⁴ Art. 4 inc k), Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

²⁵⁵ Art. 25, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁵⁶ Art. 41, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁵⁷ Art. 30, 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁵⁸ Art. 24, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

En tanto, la ley **ecuatoriana**, en forma similar, dispone que el Estado garantiza el fomento, apoyo y cooperación a las actividades deportivas de las PCD, a través de programas de integración y otros que hubiere lugar²⁵⁹

K. DISCAPACIDAD, DERECHO AL TRABAJO Y PROMOCIÓN EMPRESARIAL: No Discriminación, Capacitación y Formación Profesional, Fomento del Empleo, Promoción Empresarial.

K.1. TRABAJO

El **trabajo** constituye un medio de realización de la persona humana, por lo que todos los países deben procurar la plena accesibilidad de las personas con discapacidad a ocupaciones dignas y productivas, en condiciones de empleo justas y seguras, de modo que se asegure su desarrollo profesional y personal.

Dado que las deficiencias que portan las personas con discapacidad pueden ser físicas, sensoriales, intelectuales o mentales, éstas no representan un conjunto uniforme, ni pueden ser tratadas ignorando estas diferencias. Las mismas, además, pueden tener un origen congénito o adquirido, y su incidencia en la capacidad de trabajar o integrarse en la vida social de una PCD puede ser mínima, o tener una relevancia tal que urja de sensibles niveles de apoyo y asistencia.

Las medidas a adoptar para procurar el acceso o conservación de puestos de trabajo por una PCD, así como para que éste constituya un medio de realización personal, pueden ser – y de hecho son - muy variadas. Al ocuparse del tema, las leyes analizadas están implícitamente reconociendo el aporte que las personas con discapacidad hacen en los centros de trabajo cuando ocupan puestos que corresponden a sus competencias y capacidades y existe una adecuada gestión de las condiciones que atañen a la discapacidad.

Los países que se ocupan de este aspecto en su legislación lo hacen porque entienden que, de no hacerlo, se desaprovecharía el valioso aporte de las personas con discapacidad a la economía nacional; y se desperdiciaría, al mismo tiempo, la oportunidad de producir economías en las prestaciones de salud y seguros que la seguridad y las familias justificadamente les otorgan. Aspectos todos que guardan directa relación, además, con las condiciones que se requieren para erradicar la pobreza que afecta a muchas de las PCDs.

²⁵⁹ Art.4 inc k), Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001.

Para revertir esta situación, las legislaciones bajo análisis consideran la adopción de medidas especiales positivas que faciliten el acceso de las personas con discapacidad al empleo, la conservación de sus puestos de trabajo y la ampliación de sus posibilidades de reintegración profesional. Medidas que permitan una adecuada gestión de las discapacidades en el trabajo, y sobre todo su articulación con las políticas generales de empleo y las estrategias globales de desarrollo.

Estas medidas comparten, en general, un enfoque que prioriza la incorporación de las personas con discapacidad en el sistema ordinario de trabajo, o en su caso, su incorporación a sistemas de trabajo protegido, en condiciones salubres, dignas y de mínimo riesgo a su seguridad. Cubren, con este fin, un amplio espectro de acciones, tal como sucintamente se apreciará a continuación.

K.2. CUOTAS, PROMOCIÓN, INCENTIVOS.

Algunos países han instituido a través de sus leyes sobre discapacidad sistemas de cuotas para PCDs, o el otorgamiento de puntajes adicionales durante los procesos de selección y contratación de personal en el sector público y/o privado, tal como ocurre, por ejemplo, en el caso de las legislaciones de **Colombia**²⁶⁰, **Ecuador**²⁶¹, **Perú**²⁶² y **Venezuela**²⁶³. Otros han reservado, también a través de su legislación, puestos de trabajo o actividades productivas para ser desempeñadas por PCDs, tal como ocurre en el caso de **Colombia**²⁶⁴.

Así mismo, varios países conceden a través de su legislación incentivos económicos, financieros y tributarios para la contratación de personas con discapacidad en las empresas del sector privado. Situación que se aprecia en la legislación de países como **Colombia**²⁶⁵, **Bolivia**²⁶⁶, **Perú**²⁶⁷. Asimismo, se establecen medidas para asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso y/o mantenimiento del empleo de trabajadores afectados por una discapacidad, tal como ocurre con la legislación de **Colombia**²⁶⁸, **Perú**²⁶⁹ y **Venezuela**²⁷⁰.

Colombia, considera la promoción de medidas de ajuste para facilitar la accesibilidad y adaptaciones requeridos en el centro y

²⁶⁰ Art. 27, 28, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁶¹ Art. 19, párrafo final, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

²⁶² Arts. 33 y 36, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁶³ Art. 28, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁶⁴ Art. 30, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁶⁵ Arts. 24, 31, 32, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁶⁶ Arts. 14 y 15, Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995

²⁶⁷ Arts. 35 y 48, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁶⁸ Art. 26, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁶⁹ Art. 31, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁷⁰ Art. 28 párrafo segundo, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

puestos de trabajo para permitir la integración de PCDs²⁷¹. O la preferencia en la adquisición de bienes y servicios producidos por PCDs, como ocurren el caso de las leyes de **Colombia**²⁷² y **Perú**²⁷³.

Medidas de promoción del empleo por cuenta propia de las PCDs, o su empleo en talleres de trabajo protegido, se incluyen en las legislaciones de **Colombia**²⁷⁴, **Bolivia**²⁷⁵, **Ecuador**²⁷⁶ y **Perú**²⁷⁷. La formación de bancos de proyectos y la instauración de fondos rotatorios para facilitar y promover las actividades económicas implementadas por las personas con discapacidad esta presente, asimismo, en la legislación del **Perú**²⁷⁸.

K.3. CAPACITACIÓN, FORMACIÓN LABORAL, ORIENTACIÓN VOCACIONAL

Medidas para el fomento de la capacitación, formación laboral, así como orientación vocacional de las personas con discapacidad se aprecian en las legislaciones de **Chile**²⁷⁹, **Colombia**²⁸⁰, **Ecuador**²⁸¹, **Perú**²⁸² y **Venezuela**²⁸³. Lo mismo que la disposición de servicios públicos de colocación de trabajadores y/o agencias de empleo que los incluyan, tal como se instituye en la ley de **Ecuador**²⁸⁴.

K.4. SUBSIDIOS, GARANTÍAS Y/O SERVICIOS DE READAPTACIÓN

El otorgamiento de subsidios o servicios de readaptación y reubicación laboral a quienes, por razón de su discapacidad, se encuentren impedidos de generar ingresos propios para su subsistencia y mantenimiento, esta presente en las leyes de **Colombia**²⁸⁵ y **Ecuador**²⁸⁶.

Ecuador prevé el establecimiento de garantías contra el despido arbitrario o discriminatorio de personas con discapacidad por razón de su discapacidad²⁸⁷. La legislación de **Perú**, la promoción y supervisión de la aplicación de la normatividad en materia de

²⁷¹ Art. 23, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁷² Art. 30, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁷³ Art. 38, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁷⁴ Arts. 32 y 34, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁷⁵ Arts. 14 y 15, Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995

²⁷⁶ Arts. 4 inc c) y 19 in fine, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

²⁷⁷ Art. 39, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁷⁸ Arts. 37 y 39 al 42, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁷⁹ Art. 33 al 36, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²⁸⁰ Art. 23, Ley 361 de 7 de febrero de 1997,

²⁸¹ Art. 4 inc c), Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

²⁸² Art. 32, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁸³ Art.27 y 30, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁸⁴ Art. 19 in fine, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

²⁸⁵ Art. 26, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁸⁶ Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

²⁸⁷ Idem. Art. 19 inc d)

programas de prevención de accidentes laborales y de contaminación ambiental que ocasionen enfermedades profesionales y generen discapacidad²⁸⁸.

La ley de **Venezuela** dispone acciones específicas de apoyo integral para las personas con discapacidad intelectual, que deberán ser integradas laboralmente, de acuerdo con sus habilidades, en tareas que puedan ser desempeñadas por ellas, de conformidad con sus posibilidades, bajo supervisión y vigilancia; derecho que debe ser garantizado mediante la formulación y desarrollo de políticas, planes y estrategias implementados por el ministerio con competencia en materia del trabajo²⁸⁹.

L. SEGURIDAD SOCIAL.

En materia de **seguridad social**, algunas leyes, como las de **Colombia, Perú y Venezuela**, prevén disposiciones referentes al otorgamiento de servicios especiales a los asegurados con discapacidad. Por lo general, tales leyes incluyen dentro del concepto de prestaciones médico-asistenciales básicas, las que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas. Sin embargo, entre éstas, pueden advertirse tienen algunas consideraciones diferenciadas.

La ley de **Colombia** indica que las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado²⁹⁰.

En referencia a la inclusión de personas con discapacidad no aportantes a los sistemas de Seguridad Social, o a la creación de seguros especiales para personas con discapacidad que no tienen ingresos porque no trabajan, la ley de **Colombia** establece que las personas con discapacidad que, con base a certificación médica autorizada, no puedan gozar de un empleo competitivo y por lo tanto no puedan producir ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente, tendrán derecho a ser beneficiarias de un Régimen Subsidiado de Seguridad Social²⁹¹.

La ley de **Perú** indica que el ente rector -CONADIS- debe coordinar un régimen especial de prestaciones de salud asumidas por el Estado para personas con discapacidad severa y en situación de extrema pobreza²⁹². Ello no se ha dado.

²⁸⁸ Art. 34, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁸⁹ Art. 29, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁹⁰ Art. 5, Ley 361 de 7 de febrero de 1997

²⁹¹ Art. 19, Ley 361 de 7 de febrero de 1997, concordante con Ley 100 de 1993.

²⁹² Art. 21, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

La Ley de **Venezuela** establece que toda PCD que porte una certificación como tal, validada por el CONAPDIS, gozará de los beneficios y asignaciones económicas y otros derechos económicos y sociales otorgados por parte del Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con la ley²⁹³.

M. PRESTACIONES EN MATERIA DE ASISTENCIA Y SERVICIOS SOCIALES ESPECÍFICOS.

En materia de **asistencia y servicios sociales específicos**, los avances implementados en la legislación bajo análisis son muy importantes. Entre ellos, cabe destacar, en particular, los recogidos en las leyes de **Bolivia**²⁹⁴, **Chile**²⁹⁵, **Ecuador**²⁹⁶, **Venezuela**²⁹⁷ y **Perú**²⁹⁸ que prevén el otorgamiento de franquicias, liberaciones y/o exenciones en el pago de gravámenes e impuestos a toda importación de equipos, materiales, e instrumental destinados a los Centros de Habilitación y Rehabilitación; así como a los equipos y enseres de uso estrictamente personal de las PCDs.

En forma similar, la ley de **Colombia**²⁹⁹ otorga prioridad a la instalación de residencias y hogares comunitarios para PCDs. En este caso, la ley colombiana establece que el Gobierno, a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y en cooperación con las organizaciones de PCDs, debe prever los recursos necesarios para crear una red nacional de residencias, hogares comunitarios y escuelas de trabajo con el fin de atender las necesidades de las personas con discapacidad con limitaciones severas, carentes de familia, o que aún teniéndola adolezcan de severos problemas de integración³⁰⁰.

La ley **colombiana** prevé, asimismo, la realización de labores de información y orientación familiar. En este último aspecto, tales servicios tendrán como objetivo informar y capacitar a las familias, así como entrenarlas para atender la estimulación de aquellos de sus miembros que adolezcan de algún tipo de limitación, con miras a lograr la normalización de su entorno familiar como uno de los elementos preponderantes de su formación integral³⁰¹. La ley considera, de igual modo, la exoneración de franquicias a todo envío postal nacional de material especial para la atención, educación, capacitación y rehabilitación de PCDs³⁰².

²⁹³ Arts. 7 segundo párrafo y 29, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁹⁴ Art. 22, Ley 1678 del 18 de diciembre de 1995,

²⁹⁵ Arts. 39 a 44, Ley N° 19.284 del 5 de enero de 1994

²⁹⁶ Arts. 22 y 23, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

²⁹⁷ Art. 45, Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

²⁹⁸ Art.47, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

²⁹⁹ Ley 361 de 7 de febrero de 1997

³⁰⁰ Idem. Art. 37

³⁰¹ Idem. Art. 36

³⁰² Idem, Art. 38

La ley **ecuatoriana**³⁰³ dispone que las personas con discapacidad que cuenten con carné o registro del Consejo Nacional de Discapacidades paguen tarifas preferenciales del 50% los servicios de transporte terrestre (urbano, parroquial o interprovincial; público o privado), así como aéreos (en rutas nacionales), fluviales, marítimos y ferroviarios, los cuales serán prestados en las mismas condiciones que a los demás pasajeros que pagan la tarifa completa. También otorga una exoneración del 50% en las tarifas de los espectáculos públicos³⁰⁴.

La ley **venezolana**³⁰⁵ dispone que las PCD gocen de un descuento del 50% en los montos de los pasajes terrestres extraurbanos, aéreos, fluviales, marítimos y ferroviarios en las rutas nacionales; mientras que será gratuito en las zonas urbanas (superficial o subterráneo)³⁰⁶. También el transporte de los equipos de apoyo de las PCD es completamente gratuito³⁰⁷. La ley contempla que se brindarán las facilidades para la obtención de licencia de conducir, siempre que las PCD cuenten con el certificado médico correspondiente³⁰⁸. En otra sección, garantiza la prontitud y prioridad en la prelación para la instalación de equipos de telecomunicaciones³⁰⁹ así como para la obtención de ocupación de espacios municipales para la instalación de comercios³¹⁰.

N. RECONOCIMIENTO SOCIAL

Las leyes de **Ecuador** y **Perú** instituyen un “Día de las Personas con Discapacidad”, oportunidad en la cual se deben desarrollar acciones de sensibilización pública en favor de éstas. En Ecuador el 3 de Diciembre³¹¹, y en Perú el 16 de octubre³¹². En los casos de Bolivia, Chile, Colombia y Venezuela, con normas específicas han declarado el día nacional de las PCD en sus respectivos países; el primero el 15 de octubre de cada año y los tres restantes el 03 de diciembre, coincidiendo con el Día Internacional de las Personas con Discapacidad declarado por NNUU:

³⁰³ Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

³⁰⁴ Idem. Art. 20

³⁰⁵ Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007

³⁰⁶ Idem. Art.39.

³⁰⁷ Idem. Art.40.

³⁰⁸ Idem. Art. 43

³⁰⁹ Idem. Art. 44

³¹⁰ Idem. Art. 46

³¹¹ Art. 28, Codificación N° 000.RO/301 del 6 de abril de 2001

³¹² Tercera Disposición Final, Ley 27050 del 18 de diciembre 1998

CAPITULO IV

POLÍTICAS DE ESTADO PARA LAS PCDs EN LOS PAISES ANDINOS

1. MATRIZ COMPARATIVA DE POLÍTICAS DE ESTADO

Introducción:

Este acápite versará sobre la aplicación de las acciones que los diferentes Estados de la ORAS-CONHU realizan (o tienen propuesto realizar) a efectos de lograr una real integración, participación y reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad.

La definición, propuesta y concreción de una POLITICA PUBLICA EN DISCAPACIDAD, han sido reflejo –en cada país andino- del nivel de sensibilización y compromiso que cada uno de ellos; trascendiendo la esfera privada pasando a convertirse en un tema de agenda pública; han transitado desde una cultura asistencialista a una de derechos humanos y de realidad social respecto de la discapacidad.

La abundante normativa internacional sobre derechos de las PCD, los compromisos asumidos por los Estados en la suscripción y ratificación de esos instrumentos, así como la legislación interna, variada y diversa, y –sobre todo- la fuerza movilizadota de las organizaciones de personas con discapacidad han logrado colocar el tema en la agenda pública de sus países.

El proceso –como hemos señalado a lo largo del trabajo de investigación- no es uniforme, hay –de hecho- ingredientes políticos que privilegian acciones y recursos presupuestales que inciden en la puesta en marcha de estas políticas en pro de las PCD en los países andinos.

DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA:

1. Se ha elaborado una matriz de doble entrada, que permitirá visualizar las POLITICAS PUBLICAS SOBRE DISCAPACIDAD que desarrollan los países andinos de la ORAS-CONHU.
2. Se han organizado las políticas en grandes áreas a fin hacer más factible la comparación de las propuestas entre los países andinos.
3. La matriz contiene los siguientes ítems:

1. Denominación
2. Creación
3. Ley PCD
4. Antecedentes de Políticas Públicas
5. Estrategia metodológica
6. Principios Rectores
7. Características de las Políticas Públicas.
8. Marco Estratégico
9. Misión
10. Visión
11. Objetivos
12. Políticas Públicas
• Derechos Sociales
Educación
Salud
Vivienda
• Derechos Económicos
Trabajo
• Desarrollo Personal y Social
Accesibilidad y Equiparación de Oportunidades
Autonomía Personal
Participación
Investigación
• Sociedad
Entorno Social y Cultural
Marco Legal
• Fortalecimiento Institucional y Organizacional
13. Acciones
14. Financiamiento
14. Indicadores de medición
15. Seguimiento y evaluación

2. BREVE ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DISCAPACIDAD

2.1. DE CÓMO HAN SIDO CONCEBIDAS Y APROBADAS

El tránsito que ha seguido cada país andino para la definición de sus políticas pública sobre discapacidad ha sido diferente. Ha estado influenciado por la voluntad política y las prioridades sociales que cada país se imponía. Sin embargo, podemos señalar que en esta década es que se han institucionalizado, con diferente nivel de desarrollo, las Políticas Públicas para las PCD en los seis países integrantes de la ORAS-CONHU. El balance de ellas debería ser materia de otra investigación.

2.1.1. BOLIVIA: ELABORACIÓN AMPLIA Y PARTICIPATIVA

Los reportes de **Bolivia**, señalan que la aprobación del **Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades, PNIEO**, tiene dos etapas. Una, de elaboración de la propuesta, durante todo el 2004, en trabajo de gabinete, con especialistas y líderes de las PCD, proceso desarrollado a iniciativa del Defensor del Pueblo y de la CONALPEDIS. La segunda etapa, es de información, consulta y validación de la propuesta, durante el 2005, a partir de entrevistas, talleres, mesas de trabajo y otros con autoridades, instituciones y organizaciones de y para personas con discapacidad a nivel nacional, en 9 talleres regionales. El 7 de abril de 2006 el Presidente Evo Morales promulga el Decreto Supremo N° 28671 que establece el **Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad - PNIEO** como **POLITICA DE ESTADO**.

2.1.2. CHILE: LÍNEA BASE Y TRANSVERSALIDAD

Chile partió de la necesidad de tener una **LINEA BASE** para poder definir sus políticas. Para ello desarrolló el Primer **Estudio Nacional de la Discapacidad** en el 2004, tarea asumida entre el INE y FONADIS. Para la formulación del **PLANDISC**, se constituyeron Mesas a dos niveles, una Interministerial a Nivel Central y otras en cada una de las 13 Regiones del país sureño (Mesas Regionales), que en conjunto movilizaron a 11 ministerios, 230 servicios públicos y más de 200 organizaciones de y para PCD. Se trabajó sobre una matriz previamente elaborada por el equipo central (Secretaría Técnica), a efectos de identificar problemas, evaluar ofertas de servicios públicos y realizar las propuestas y requerimientos presupuestales.

2.1.3. COLOMBIA: MANEJO SOCIAL DEL RIESGO (MSR) Y SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL (SPS)

Colombia parte de una concepción vinculada al **Manejo Social del Riesgo** como forma de evitar las discapacidades,

Es la construcción participativa entre el Estado y la sociedad civil para definir orientaciones que permitan avanzar hacia el desarrollo de la autonomía y potencialidades de las personas con discapacidad, y asegurar su efectiva integración y participación en los bienes y servicios sociales.

A manera de resumen, el Manejo Social del Riesgo se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean éstos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra). La aplicación del marco de manejo del riesgo va bastante más allá de la protección social, ya que muchas intervenciones públicas (como políticas macroeconómicas sólidas, un buen ejercicio del poder y acceso a la atención de educación básica) ayudan a reducir o mitigar los riesgos y en consecuencia, la vulnerabilidad. También amplía el marco de aplicación de la protección social, según su definición tradicional, extendiéndolo más allá de la entrega estatal de instrumentos de manejo de riesgo y atrayendo la atención hacia prestaciones informales y de mercado y sobre su eficacia y repercusión en el desarrollo y el crecimiento.

En este contexto, vulnerabilidad es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural; o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica. Aunque todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a los riesgos de las mencionadas fuentes, son los pobres los que habitualmente están más expuestos y al mismo tiempo tienen bajo acceso a instrumentos adecuados de manejo del riesgo.

Un elemento clave del nuevo concepto de Protección Social implica ayudar a los hogares y personas con alta vulnerabilidad, sea por pobreza o circunstancias transitorias especiales de sus miembros, a mantener el acceso a los servicios sociales básicos, evitar la exclusión social e impedir el deterioro irreversible del capital humano y físico de los cuales depende su productividad presente y futura.

Estos dos enfoques, MSR y SPS, son los que sientan la base del Ministerio de Protección Social, creado en el 2003 fusionando los Ministerios de Salud y Trabajo. El ministro de esta cartera es el que

preside el Comité Consultivo Nacional de Personas con Discapacidad (hoy Consejo Nacional de Discapacidad).

La propuesta de Política Pública Nacional de Discapacidad, elaborada por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) de la República de Colombia, integrado por 6 Ministerios, 2 Consejería presidenciales, el Departamento Nacional de Planeación y la Red de Solidaridad Social, es puesto a consideración de la ciudadanía –en particular de las organizaciones de/para PCD y luego de este proceso de consulta es aprobado como documento oficial, en julio de 2004, como Conpes Social 80.

2.1.4. ECUADOR: PROPUESTA PRESIDENCIAL HACIA UNA POLÍTICA PÚBLICA EN DISCAPACIDAD

En **Ecuador**, frente a la necesidad de brindar una adecuada y eficaz atención de parte del Estado a las PCD en cumplimiento de la establecido por la Constitución del Estado, lo que contribuiría a generar un bienestar colectivo y un mayor desarrollo del país, se decretó como Política de Estado la prevención de discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las PCD, mediante la puesta en marcha del programa “**Ecuador sin Barreras**”.

La ejecución de “Ecuador sin Barreras” permitirá, más adelante, su evaluación y definición de acciones para la adopción de una Política Pública para este sector que desarrolle más acciones que las inicialmente propuestas.

2.1.5. PERÚ: PRIMERA EXPRESIÓN DE VOLUNTAD POLÍTICA, IMPRECISA Y CON ESCASA PARTICIPACIÓN DE PCD

En el caso de **Perú**, el Primer Plan e Igualdad de Oportunidades, PIO 2003-2007, expresa la voluntad de establecer una política general para enfrentar la exclusión que viven las PCD. Si bien las organizaciones de/para PCD pugnaron por la necesidad de contar con un instrumento que implemente la Décimo sexta política de Estado del Acuerdo Nacional, la participación de aquellas fue limitada restringiéndose a las pocas organizaciones reconocidas por el CONADIS, amen de las discrepancias existentes entre ellas por el tema de representatividad.

En diciembre de 2008, después de un largo batallar por la definición del PIO para el quinquenio 2007 – 2011, se aprobó el PIO para el decenio 2009 – 2018, pero con las mismas deficiencias en su elaboración por las que pasó el plan anterior, es decir la escasa participación de la sociedad civil y sin una real evaluación respecto de los compromisos y acciones asumidas en el PIO 2003-2007.

2.1.6. VENEZUELA: TRANSVERSALIDAD, PARTICIPACIÓN Y CONTROL CIUDADANO

La promulgación de la Ley para las Personas con Discapacidad, publicada en la Gaceta Oficial N° 38.598 del 5 de enero de 2007, marca un hecho significativo en las vidas de este sector social. En ella se establece el Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad, definiendo las responsabilidades y compromisos de los diferentes sectores y entes estatales a nivel nacional, estadual y municipal, comprometiendo la participación de las organizaciones de/para PCD y sus familiares en la definición y control de las políticas, en una fórmula concatenada desde el nivel local al nacional.

El actual gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, ha institucionalizado como política gubernamental las Misiones, una de ellas exclusivamente para las PCD, la Misión José Gregorio Hernández; y la otra, la Misión Barrio Adentro II.

A nivel del Ministerio del Poder Popular para la Salud, MIN-SALUD, funciona el Programa de Atención en Salud para las PCD, PASDIS.

2.2 INSTITUCIONES Y AUTORIDADES COMPROMETIDAS EN LA APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS

En relación a los entes estatales comprometidos en la ejecución de las políticas, tenemos:

Bolivia: Todos los Ministerios, CONALPEDIS, Defensoría del Pueblo, Prefecturas Departamentales y los Gobiernos Municipales

Chile: Ministerio de Planificación, Servicio Nacional de la Mujer, FONADIS, Ministerio de Minería, Ministerio de Justicia, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio de Obras Públicas, Transporte y Telecomunicaciones, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública.

Colombia: Ministerio de Protección Social y entidades adscritas y vinculadas, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Transporte, Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Educación y entidades adscritas y vinculadas, Ministerio de Cultura, Ministerio de Justicia y del Interior, Consejería Presidencial de Programas Especiales, Consejería Presidencial para la Política Social, Instituto Nacional para Sordos – INSOR, Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, DANE, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Instituto Colombiano del Deporte - COLDEPORTES, Instituto Nacional para Ciegos – INCI y Comité Consultivo Nacional.

Ecuador: Vicepresidencia de la República (coordinador), Ministerio de Trabajo y Empleo, Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público – SENRES, Consejo Nacional de Discapacidades – CONADIS, Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional – SECAP, y Consejo Nacional de Capacitación y Formación Profesional – CNCF.

Perú: Ministerio de la Mujer, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio del Interior, Ministerio de Economía y Finanzas, CONADIS.

Venezuela: Ministerio del Poder Popular para el Desarrollo Social, para la Salud, para la Educación, de Trabajo, Transportes y Comunicaciones, Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, gobernaciones y municipios, CONAPDIS.

3. CONCLUSIONES SOBRE LAS POLITICAS PÚBLICAS PARA PCD EN EL AREA ANDINA

3.1 Los 6 países del ORAS-CONHU tienen políticas definidas, respecto a las PCD, en Planes y Programas sancionados por el Estado: el PNIEO de abril del 2006 en Bolivia; el PLANDISC 2004-2010 de Chile; el Plan Nacional de Acción en Discapacidad 2004-2007 en Colombia; el Plan Ecuador sin Barreras del 2007; el PIO para las PCD 2003-2007 del Perú (ahora 2009-2018); y el Plan Nacional de Atención Integral para las PCD y la Misión José Gregorio Hernández en Venezuela (2007 y 2008 respectivamente). Dichos planes se asientan y deben dar cumplimiento a las normas legales y constitucionales pertinentes.

3.2 Sus antecedentes son diversos (ver cuadro) y la estrategia de su formulación también. En Bolivia se elabora la propuesta por un organismo del Estado y se convalida con los CODEPEDIS y organismos de PCD. En Chile se forma una Secretaria Técnica (Mindeplan y Fonadis) así como una mesa Interministerial y mesas regionales para el efecto. En Colombia la formula el Consejo Nacional de Política Económica y Social y es convalidada en un CONPES Social. Y en Ecuador se formula por Decreto Presidencial. En el Perú surge del poder ejecutivo a partir de las leyes y la presión de organizaciones de PCD, mientras en Venezuela es a partir de la definición constitucional de que las políticas sobre PCD es parte del Plan de Desarrollo Económico y Social y de la constitución del Sistema Nacional de Atención Integral a las PCD que se genera el Plan.

- 3.3** En la definición de las políticas públicas para PCD, en los seis países de la ORAS-CONHU, han participado –en diferente grado- las organizaciones de/para PCD. Desde los más participativos, como son el caso de Bolivia y Chile; los débilmente participativos, como son Colombia y Perú. Aquellos que en su ejecución, definen como determinantes la participación ciudadana, como son los casos de Ecuador y Venezuela.
- 3.4** Los planes se asientan, en general en principios básicamente comunes: el enfoque de derechos, la atención a las PCD, la autodeterminación, la equidad, la no discriminación y la universalidad, la integralidad y transversalidad, la sostenibilidad. Y en algunos casos, la gratuidad. Estos son expresos en algunos países.
- 3.5** Ciertamente las acciones priorizan áreas fundamentales: salud (prevención, atención y rehabilitación), educación y capacitación, empleo, accesibilidad (incluyendo las comunicaciones en los casos mas avanzados), vivienda, transporte y no discriminación, enfatizando algunos países el tema de la participación. Algunos países tienen planes muy detallados y con asignación de recursos precisos como Chile y Venezuela, mientras otros definen acciones sin presupuestos específicos como Perú y Bolivia.
- 3.6** En la definición de las políticas de Estado parece necesario establecer una **línea base**, para lo que es preciso contar con estadísticas confiables y actualizadas sobre la situación de las PCD, como ya lo hemos señalado, y definir la demanda de servicios públicos y generar las políticas y programas que lo provean. En este sentido aporta la experiencia chilena para la definición de su PLANDISC.
- 3.7** Respecto a la aplicación de las acciones, señaladas en el cuadro comparativo, lo importante es contar con presupuestos e indicadores de medición para llevar adelante las líneas de acción propuestas. Chile cuenta con indicadores de la medición hecha el 2006, del Plan del 2004 al 2010. Venezuela tiene mediciones del Plan Barrio Adentro y de la Misión José Gregorio Hernández, referida a PCD, que se presentan exitosas, especialmente en prevención y rehabilitación. Ecuador presenta un informe vicepresidencial sobre el Plan Ecuador sin Barreras y sus 5 programas (Empleo sin Barreras, Derechos sin Barreras, Ciudad sin Barreras, Equiparando Oportunidades y Para ser Iguales) que acredita un presupuesto total de US \$4 millones. El balance colombiano, en lo que refiere a la opinión de las organizaciones de PCD al interior del Consejo Consultivo, es crítico respecto a los logros y a la falta de receptividad a sus propuestas. En Bolivia el Plan es relativamente reciente y su financiamiento se deriva al uso de los recursos ordinarios de los

sectores involucrados y a los que se consiga de financiamiento o ayuda externa. El que no se haya implementado el Bono ofrecido por el gobierno indica dificultades presupuestales. En el caso peruano, el Plan de Igualdad de Oportunidades para las PCD 2003-2007, no contó con recursos suficientes, en muchos casos no se asignaron y no hubo indicadores de medición. El PIO peruano 2009-2018 no tiene recursos asignados.

- 3.8** Así, es muy probable que no se cuente con recursos suficientes para aplicar las políticas y programas aprobados y que se carezca, en la mayoría de países, de indicadores adecuados de control y eficacia.

CAPITULO V

RESUMEN EJECUTIVO: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

INTRODUCCION:

Este es un trabajo inicial y centrado en la evaluación de la data existente, el análisis de las normas y políticas formuladas, pero no alcanza una evaluación de la ejecución y eficiencia de las mismas, lo que exige otro trabajo.

A continuación va nuestro resumen ejecutivo de la investigación y recomendaciones

1. RESPECTO A LA DATA SOBRE DISCAPACIDAD.

1.1. Este es un punto fundamental del tema de la discapacidad: la necesidad de data confiable y certera, basada en conceptos uniformes, que permita no solo establecer líneas de base y fijar pilares para diseñar y evaluar políticas sobre Discapacidad, sino también hacer un seguimiento de la evolución de esa data en el tiempo. Así lo resalta la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 31, agregando que los Estados deben garantizar el respeto a la privacidad de las PCD, comprometerse a utilizar la información para evaluar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados e identificar y eliminar las barreras que encuentran las PCD. Así mismo, obliga a los Estados a difundir las estadísticas y hacerlas accesibles.

1.2. La data existente es en muchos casos de dudosa calidad, utiliza conceptos e indicadores que no son uniformes y que incluso no tienen correlación periódica, variando de censo a censo en el mismo país.

1.3. Las Encuestas parecen tener resultados más confiables, quizás porque son más específicas, dedican más espacio al tema, y tienen personal mejor capacitado para recabar la información. Las experiencias más interesantes parecen ser las **Encuestas sobre Discapacidad** de Chile y Ecuador, aunque hay una evidente evolución en esta materia, en los países de la ORAS-CONHU. Un problema de fondo es el uso de conceptos diferentes, nos referimos por un lado a los conceptos CIDDM -

OMS (enfoque de deficiencia), y por otro, los conceptos CIF-OMS (enfoque de limitaciones).

1.4. No se puede establecer comparaciones rigurosas entre estudios con enfoques y conceptos diferentes. A pesar de ello, presentamos los datos de los censos y contrastamos las diferencias arrojadas entre los censos y las encuestas y estudios en diferentes países para resaltar la importancia de que la ORAS - CONHU enfoque este asunto.

En los países de la ORAS-CONHU, los datos obtenidos a través de los **Censos** no son confiables. Aunque van del 2001 a 2005 (a excepción de Perú cuyo censo de población es de 1993, pues el Censo del 2007 es de hogares), abarcando un período relativamente común, todos -a excepción de Colombia que usa el concepto avanzado de “funcionamiento”- utilizan el concepto de deficiencia, que ya se abandonó por la OMS. Cabe resaltar que –en los Censos- los 6 países andinos de la ORAS - CONHU presentan tasas de prevalencia de discapacidad bastante menores al 10%, valor considerado por la OMS como tasa promedio mundial. Cinco de los 6 países oscilan entre 1% y 4.65%, menos de la mitad de la tasa promedio de la OMS. En la casi totalidad de casos, los censos no han sido tomados por los Estados como elemento definitorio de la línea de base para trazar sus políticas sobre discapacidad (casos explícitos de Chile, Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela).

1.5. Por otro lado, las **Encuestas** que tratan el tema de discapacidad aportan información de mejor calidad y se realizan en un período entre 2001 y 2006 (no hay Encuestas en Venezuela y Colombia) utilizando el enfoque moderno de **funcionamiento**. Chile y Ecuador presentan porcentajes de prevalencia superiores al promedio de la OMS (12.9% y 12.14% respectivamente), Perú se acerca a ese promedio con 8.9% y sólo Bolivia presenta un 3.8%.

1.6. Por lo expuesto se recomienda uniformizar el uso de las categorías CIF y encarar el tema de la data como un elemento prioritario de los países de la ORAS - CONHU.

1.7. Recomendamos el intercambio de experiencias en esta materia, dar a conocer las mejores prácticas y uniformizar conceptos. Ello es fundamental para trazar normas y políticas que defiendan y promuevan los derechos de las PCD. Sería importante que el ORAS-CONHU pudiera promover este intercambio y seminarios-taller sobre el tema, así como la construcción de un Banco de Datos. Para el efecto se puede coordinar con el Grupo de Washington referido a Estadísticas sobre Discapacidad vinculado a la División de estadísticas de la ONU.

1.8. Así mismo sería interesante un estudio en profundidad sobre las metodologías empleadas en los diversos censos y estudios/encuestas existentes, con participación multisectorial, y –especialmente- de los organismos nacionales que manejan los censos y encuestas, los organismos de salud, órganos rectores de las políticas sobre PCD y especialistas de las organizaciones de PCD.

2. RESPECTO A LOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES SOBRE DISCAPACIDAD

2.1. Si bien Chile, Perú, Ecuador y Colombia utilizaron en sus mediciones la conceptualización CIF, de funcionalidad; y Bolivia y Venezuela mantuvieron los conceptos CIDDM, de deficiencias, más limitado a lo médico, hoy los países de la ORAS - CONHU han avanzado en uniformizar conceptos y usar la conceptualización CIF.

2.2. En términos generales los países de la ORAS - CONHU entienden por **discapacidad** las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que afectan la relación del individuo y su contexto, al generarle dificultades para realizar sus actividades o desempeñar un rol propio de su edad, sexo, medio social y cultural. En lo que refiere a **rehabilitación** es común el concepto teórico de que este es un proceso global, continuo, de duración limitada y de carácter integral y multidisciplinario que permita a una persona con discapacidad alcanzar un nivel físico, mental y social óptimo, que le facilite una vida independiente.

2.3. Sin embargo hay todavía un trabajo por desarrollar para convertir los conceptos en instrumentos prácticos y operativos de medición que permitan información confiable, periódica y comparable. Así mismo resulta importante atender los temas de capacitación del personal que recoge la información y garantizar un adecuado procesamiento.

2.4. Queremos resaltar que la información sobre discapacidad es poco accesible, tanto para las PCD como para el resto de la sociedad. Deben buscarse mecanismos para una eficaz difusión, accesible, de los datos y las estadísticas que se obtengan, lo que debiera permitir una eficiente utilización de la misma en defensa de los derechos de las PCD y de la evaluación de las políticas sobre discapacidad que se implementen.

3. RESPECTO A LA PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD

3.1. Aunque hemos señalado las graves limitaciones de la data existente y de su confiabilidad, podemos –para fines de ilustración- señalar que a pesar del subregistro ya mencionado, el tema de discapacidad tiene una significativa importancia para las sociedades andinas. Nos estamos refiriendo a que hay alrededor de 10 millones de personas con discapacidad en los 6 países del ORAS-CONHU. Si aplicáramos el promedio de la OMS, que debe ser aún superior en países pobres, estaríamos hablando de más de 13 millones de personas. Ello constituye un tema social, económico, político, cultural y ético de enorme significación. No se trata de un problema de insignificantes minorías, sino de una porción importante de la sociedad que, a su vez, plantea importantes retos a servicios públicos fundamentales como la salud, la educación, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, etc.

3.2. Respecto a **género**, las prevalencias no son uniformes entre los países andinos. En Chile (58.2%), Perú (54,5%) y Ecuador (51.6%) se registra una mayoría de mujeres con discapacidad; mientras que en Bolivia (54%) y Venezuela (51.4%) hay una mayoría de hombres. En Colombia habría casi el mismo número de mujeres que de hombres con discapacidad (50.4% - 49.6%). Sería interesante estudiar las razones de estas notorias diferencias, particularmente entre Chile y Bolivia que se ubican en los extremos.

3.3. Respecto a la **ubicación geográfica** de las PCD, con la excepción de Bolivia (que da cuenta de un 57% de PCD ubicada en el área rural) todos los demás países dan cuenta de una amplia mayoría de la población con discapacidad viviendo en el área urbana, desde Venezuela (88%) y Chile (83.7%) hasta el Ecuador con 63.5%. Sin duda el proceso de urbanización y de migración a las ciudades en busca de mejores servicios y oportunidades, en las últimas décadas, debe ser un factor en este tema que también debiera ahondarse pues las causas de la discapacidad tienen notorios matices entre las zonas urbanas y las rurales, a la vez que habría que adecuar las políticas a realidades diferentes.

3.4. Respecto a **edad** cabe resaltar que los porcentajes más altos de prevalencia están entre los 15 y los 64 años (Bolivia, Chile y Venezuela) ó entre los 40 y más años (Ecuador y Perú), destacando la bajísima prevalencia de 0 a 14 años de Chile, que es del 5.7% del total de PCDs frente a más del doble del resto de países.

3.5. En lo que refiere a marginación social hay que anotar los altísimos índices de inactividad económica o desempleo en los países que lo registran (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela), el alto porcentaje de analfabetos entre las PCD (46% en Bolivia y 28.8% en Venezuela), así como el altísimo porcentaje de población con discapacidad en pobreza (40% en Chile, 66% en Bolivia y cerca al 50% en pobreza extrema entre las PCD del Ecuador).

3.6. En cuanto al tipo de discapacidades predominantes tampoco hay uniformidad entre los países andinos. La discapacidad motora – física es mayoritaria en Bolivia (38%), Chile (31.2%) y Colombia (26.2%). La visual predomina en Perú (38.2%) y está en segundo lugar en Colombia (25.5%). Llama la atención el alto porcentaje de PCD con discapacidad auditiva en Bolivia (22%, segunda prevalencia en discapacidad) y Perú (17.8%), siendo los porcentajes de los otros países cerca de la mitad o menos. Finalmente, resalta que en Chile el 10.2% de las PCD tengan discapacidades múltiples. Todo ello implica volver a reafirmar las limitaciones de la data con las que estamos trabajando y, por tanto, el problema de las comparaciones.

4. RESPECTO A LAS CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD

4.1. Los datos existentes de Chile (63%), Colombia (43 – 46%), Ecuador (65% incluyendo enfermedades congénitas) y Perú (28%) señalan las enfermedades comunes o crónicas como la causa principal de discapacidad. Siguen los procesos degenerativos o de edad (13.4% en Chile y 16% en Lima- Perú), los problemas congénitos y de nacimiento (16% en Lima-Perú y 7.6% en Chile). Ello indica la importancia que tiene el tema de la prevención, atención y rehabilitación en materia de salud respecto al tema de la discapacidad en la zona Andina y, ciertamente los problemas de acceso a este servicio fundamental.

4.2. Hay causas sociales a destacar. En **primer lugar**, debemos señalar a **la pobreza** como una causa significativa de discapacidad en la subregión. La pobreza implica subnutrición, necesidades básicas insatisfechas, difícil o nulo acceso a servicios fundamentales (saneamiento, salud, educación) por carencias económicas, distancias y centralismo, etc. en un marco de Estados que los han provisto o proveen con notorias deficiencias. Ello provoca discapacidad y ésta retroalimenta la pobreza. Como es evidente, los porcentajes de pobreza entre los sectores con discapacidad son notoriamente mayores a los

porcentajes nacionales de pobreza, como ocurre también respecto al desempleo y la falta de oportunidades laborales.

En **segundo lugar** resaltan, vinculadas a la pobreza, **la inequidad y la exclusión de importantes sectores de la población respecto a derechos y servicios fundamentales**. Este tema lo que apunta a medir el Índice de Desarrollo Humano.

En **tercer lugar**, podemos anotar la **ausencia** –por largo tiempo, aunque en algunos países se hayan iniciado cambios recientes- **de estructuras estatales descentralizadas, eficientes y accesibles, así como de presupuestos y políticas públicas adecuadas de prevención, atención y rehabilitación de la discapacidad**.

En **cuarto lugar**, **la violencia de la vida social y la ineficaz regulación y control sobre factores que generan discapacidad** significativamente: el tránsito, las condiciones laborales riesgosas o desprotegidas, son un factor muy importante entre las causas de discapacidad. Un informe del BID del año 2001 y algunas encuestas resaltan los accidentes de tránsito, laborales y comunes (13% en América Latina según el BID y 18% en Lima-Perú). Y, finalmente Colombia anota la violencia como una causa del 11% al 15% de la discapacidad, mientras el estudio del BID le atribuye el 3%.

5. RESPECTO AL ACCESO DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD A LA SALUD

5.1. Las limitaciones presupuestales y la extendida pobreza hacen que el acceso de la población en general, especialmente la pobre, al sistema de salud evidencie múltiples problemas. Mayor aun en el caso de las PCD.

Cabe resaltar los cuadros comparativos de gastos presupuestales en salud y seguridad social que ha desarrollado CEPAL de 1990 al 2005 respecto a América Latina y a los países andinos.

Queda claro que hay diferentes prioridades en recursos dedicados a la salud: Ecuador está en el último lugar en porcentaje del PBI asignado a salud el 2005 y también último en el per capita asignado a salud. Perú estaba en penúltimo lugar – junto a Bolivia- en US \$ asignados per capita para salud y en esa misma ubicación respecto al PBI dedicado a salud, junto a Venezuela, aunque el per capita venezolano es el segundo en

importancia en la región andina. En cambio, Bolivia resultaría el país que mayor porcentaje del PBI dedica a salud, notoriamente (ciertamente por parte de un punto muy bajo). Colombia es el tercero, de los 6, en cuarto en US \$ per capita asignados a salud y en PBI asignado a salud. Chile esta en el primer lugar en per capita en salud y en el segundo respecto al PBI dedicado salud.

Como es evidente, la asignación de recursos es notoriamente insuficiente en todo sentido, lo que es más evidente en los países con mayor población pobre. Algo similar ocurre en seguridad social.

5.2. Ello se agudiza por la restricción que hay en el acceso a la seguridad social, siendo notorios los problemas de acceso en países Bolivia y Perú. Llama la atención que en un país que ha desarrollado sistemáticamente políticas respecto a las PCD, como es el caso de Chile, la Encuesta de calidad de vida y salud del año 2000 diera cuenta que un 89.4% de las PCD declararían que no accedían a los servicios de rehabilitación. Ello motivó que el Plan Nacional de Acción impulsará la Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC) y la extensión de los Centros Comunitarios de Rehabilitación, proceso similar al que ha desarrollado Venezuela con los denominados Centros de Rehabilitación Integral (CRI). Estas constituyen dos importantes experiencias de descentralización a analizar en mayor profundidad.

5.3. La formación profesional de los médicos constituye también una limitante en el acceso de las PCD al sistema de salud puesto que la absoluta mayoría de estos profesionales no llevan cursos de capacitación sobre discapacidad. Así, el año 2004, en Bolivia sólo había 12 especialistas médicos en rehabilitación titulados y de los estudiantes de medicina –de diferentes especialidades- apenas del 1 al 4% asistía a los cursos de capacitación sobre discapacidad. A contrapelo de esta situación, cabe resaltar –positivamente- la reciente experiencia venezolana de capacitación de profesionales médicos mediante estudios de posgrado, como parte del Programa Nacional de Atención en Salud de las PCD (PASDIS) teniendo como centro médico docente el Instituto Nacional de Rehabilitación J.J. Arvelo. Se requiere que la formación médica incluya el tema de rehabilitación integral y cada especialidad médica debiera brindar información general que permita al personal de salud brindar atención primaria a las PCD

6. RESPECTO A LOS NIVELES DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACION DE LAS PCD

6.1. Si bien es un principio del movimiento de personas con discapacidad que todo se haga con ellas y nada se haga sin ellas, los niveles de organización de las PCD en los países de la ORAS - CONHU, es diverso y disperso y, en muchos lugares con debilidad organizacional, limitaciones en la membresía, débil relación con el resto del movimiento social y organismos del Estado, así como dificultades generadas por discrepancias al interior de las organizaciones, como anota Lenín Molina Peñaloza, presidente de la RIADIS, 2004 – 2007.

6.2. En cuanto a niveles de organización y articulación, Bolivia tiene un importante proceso de articulación en la **Confederación Boliviana de Personas con Discapacidad – COBOPDI**, que se constituye en el principal interlocutor entre las PCD y el gobierno. Sigue en orden de importancia Ecuador donde 4 federaciones nacionales de discapacidad física (FENEDIF), visual (FENCE), auditiva (FENASEC) y mental (FEPAPDEM) son las que asumen la representación de las PCD en el CONADIS y a su vez desarrollan la función de interlocución con entes estatales, pero lo más significativo, es que la vicepresidencia de la República la ejerce el Sr. Lenin Cerna, una persona con discapacidad que ha logrado colocar el tema en los más altos niveles de decisión del Estado y garantiza una voluntad política en la implementación de las decisiones adoptadas.

6.3. En cuanto al financiamiento que perciben las organizaciones de PCD para su funcionamiento, es Ecuador quien provee de recursos gubernamentales a la FENEDIF, FENCE; FENASEC y FEPAPDEM a través del CONADIS. Bolivia financia con recursos del estado a la Federación Nacional de Ciegos de Bolivia (FENACIEBO), y a la Asociación Boliviana de Deporte Integrado. En el caso de Chile, las organizaciones de PCD tienen la opción de concursar a los fondos que FONADIS administra. En los otros países las organizaciones funcionan con recursos propios.

6.4. Para que se haga realidad el principio que las mismas organizaciones de PCD enarbolan –“nada por nosotros sin nosotros”- es indispensable el fortalecimiento local, nacional y supranacional de las organizaciones de/para PCD, el desarrollo de capacidades de sus líderes e integrantes, la articulación de redes y estructuras representativas y una mayor incidencia social y políticas de las organizaciones de PCD que coloquen en la agenda del Estado y de la sociedad, transversalmente, la temática de la discapacidad.

7. RESPECTO A QUE LA DISCAPACIDAD ADQUIERE RANGO CONSTITUCIONAL

7.1. Desde la década de los 90, especialmente, se han producido saltos en el tratamiento legislativo de la temática de la discapacidad al desarrollarse leyes integrales, expandirse transversalmente a diversos espacios del Estado la temática de la discapacidad, y al adquirir rango constitucional su tratamiento en varios de los procesos constituyentes que se han dado en los países andinos recientemente.

7.2. Cabe anotar también que 5 de los 6 países andinos (excepto Venezuela) han firmado la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad. Cuatro han ratificado el protocolo Facultativo y tres han ratificado ambos instrumentos. Igualmente, hay que señalar que la Convención Interamericana contra todas las formas de discriminación hacia las PCD” de la OEA, adoptada por todos los países miembros del ORAS-CONHU. Así, en estos casos los derechos de las personas con discapacidad –con un enfoque muy progresivo y que exigirá adaptar legislaciones y políticas nacionales a lo suscrito- adquieren fuerza de ley, en tanto tiene carácter vinculante con los países andinos.

Resulta importante darle curso al proceso de adecuación nacional y regional a dicha Convención, en lo que el ORAS - CONHU podría contribuir en su área de interés específico. Recomendamos asumir esta función.

7.3. Las Constituciones recientes de Venezuela, Ecuador y Bolivia aportan significativamente en el tratamiento de la discapacidad a nivel constitucional, con planteamientos que pueden resultar interesantes para toda la región.

Todas las Constituciones de la zona andina, con excepción de la Constitución de Chile, hacen referencia al tema de la discapacidad como un tema de derechos (aunque con diferente énfasis) y establecen que las PCD no pueden ser discriminados como tales, que tienen derecho a un régimen de protección del Estado en materia laboral y a ser incluidos en los servicios de salud, educación y seguridad social (como lo señalan las Constituciones de Perú y Colombia).

Pero las nuevas Cartas Magnas de Venezuela, Ecuador y Bolivia dedican un extenso tratamiento –especialmente la segunda y luego la tercera- al tema de la discapacidad. Estas Constituciones establecen no sólo un régimen de protección estatal, sino el derecho de las PCD al desarrollo. Ciertamente, dentro de una concepción garantista, garantizan el acceso de

las PCD –explícitamente- a la educación, la salud, la rehabilitación, el empleo, seguridad social, la recreación y el acceso a las comunicaciones. Enfatizan drásticamente la no discriminación, así como el derecho a no ser desplazado arbitrariamente. Lo que no se refleja en las Constituciones de manera clara e inequívoca sin embargo, es la capacidad de las PCD a decidir por sí mismas en los asuntos que les compete, por ejemplo, sobre el tratamiento a seguir, la hospitalización (en los casos de discapacidad mental), el derecho a contraer matrimonio, a acceder a crédito, a poseer propiedades inmuebles, etc.

Las normas tratan los derechos de las PCD con un criterio transversal y como un tema que corresponde al Estado y a la sociedad, afirmando la relación entre la familia y las personas con discapacidad. Imponen un criterio de descentralización en la política de atención. Afirman la obligación de una política de prevención y también de rehabilitación (integral, en el caso de las más avanzadas). Finalmente, la de Ecuador establece rebajas en tarifas y exoneraciones tributarias y beneficios laborales para las PCD, así como sanciones a la violencia contra las PCD y garantías para el ejercicio de sus derechos políticos.

7.4. El estudio de los nuevos aportes constitucionales en la Región Andina en esta materia, pueden inspirar nuevos desarrollos legislativos en la zona y permitir el pase de una visión aún proteccionista para pasar a una garantista y de ejercicio de derechos

8. RESPECTO A LA LEGISLACION COMPARADA SOBRE DISCAPACIDAD

8.1. La Convención de la ONU sobre Derechos de las PCD establece, en su Art. 3, los siguientes principios rectores para las legislaciones nacionales:

1. *“El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;*
2. *La no discriminación;*
3. *La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;*
4. *El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;*
5. *La igualdad de oportunidades;*
6. *La accesibilidad;*

7. *La igualdad entre el hombre y la mujer;*
8. *El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.”*

Estos constituyen principios básicos que deben regir en la legislación nacional de quienes han suscrito y ratificado la Convención ONU, a la vez que –cabe mencionar- están comprendidos en las concepciones establecidas en la Constitución y legislación venezolana, aunque no ha suscrito la Convención.

8.2. Los países andinos en su legislación, definen los **entes rectores en materia de discapacidad**. Si bien **unos** optan por órganos rectores **autónomos** (Chile y Ecuador) vinculados al Jefe de Estado o de Gobierno, **otros sujetan sus órganos rectores a ministerios de políticas sociales** para la ejecución de las políticas (Bolivia, Perú y Venezuela) y **Colombia establece un órgano consultivo sujeto al Ministerio de Protección Social**, en todos los países los órganos rectores cuentan con la participación de ministros de Estado y altos funcionarios, lo que revelaría un mayor peso político del tema, aunque en ocasiones resulte algo formal. A su vez, Venezuela, Bolivia y Ecuador cuentan con Comisiones Técnicas al servicio de los órganos rectores.

Las funciones de los órganos rectores son, en lo fundamental, formular o proponer los lineamientos, políticas, planes y estrategias para prevenir y atender las discapacidades así como para integrar a la sociedad a las PCD. También tienen una función de fiscalización y de sanción (Ecuador, Perú, Chile y Venezuela). También deben promover la investigación de la materia.

Todos los órganos rectores institucionales, en diferente nivel, tienen la participación de los representantes de las organizaciones de PCD, de sus familiares y/o de ONGs que trabajen con ellos. En Bolivia y Chile los representantes de PCD son mayoría en los órganos rectores, así como en Venezuela. En el resto de países tienen una participación que bordea el 40%.

Los **órganos rectores operan descentralizadamente** en Venezuela, Ecuador, Colombia y Bolivia. En Chile la descentralización se da a través de la acción de los ministerios y entes gubernamentales, mientras que en el caso de Perú son las instancias descentralizadas en los gobiernos regionales y locales, y no forman parte de un sistema común con los organismos rectores. Recomendamos este sea un tema de intercambio de experiencia para buscar una mayor eficiencia en la ejecución descentralizada de las políticas.

8.3. Garantías de cumplimiento de la legislación: los órganos rectores tienen capacidades para garantizar el cumplimiento de la legislación. Así en los casos de Ecuador, Venezuela y Chile los órganos tienen capacidad de defensa y de sanción. En el caso colombiano la capacidad de sanción se centra en el caso laboral de las PCD y en el caso de Perú la competencia del CONADIS se limita a impulsar acciones de cumplimiento y a imponer multas.

8.4. Calificación, certificación y registro de las PCD. Todas las legislaciones establecen un sistema de calificación, certificación y registro de las PCD. La calificación y certificación está predominantemente encargada al sector salud pública, aunque en Chile los organismos particulares de salud pueden hacerlo. En Bolivia y en el Perú son el CONALPEDIS y el CONADIS quienes entregan el carnet, aunque la calificación la hacen dependencias de salud. La calificación y certificación son gratuitas en Ecuador y Venezuela.

Todos los países andinos, a excepción de Colombia, han establecido registros especializados. En el caso colombiano la condición de discapacidad aparece en el carné de afiliación al Sistema de seguridad Social (contributivo o subsidiado). En los casos de Chile, Ecuador, Perú y Venezuela se registran tanto personas naturales y como personas jurídicas.

El registro (o carné de discapacidad del SS de Colombia), en el caso de los 6 países andinos, es condición para gozar de los beneficios y derechos para las PCD que la legislación establece. Dados los problemas que evidencian varios de los Registros existentes y que se expresan en subregistro, problemas de ineficiencia y de utilidad del registro mismo, recomendamos que este sea un punto de agenda en el intercambio de experiencias, así como las experiencias de registros nacionales especializados, a partir de los centros médicos y asistenciales del país.

8.5. Acceso a la salud de las personas con discapacidad. Prevención e investigación. Aunque todos los países andinos establecen la importancia de la prevención y desarrollan diversos mecanismos como la atención primaria de salud, la puericultura pre y post natal, la vacunación, la lucha contra enfermedades endémicas, programas de prevención de accidentes, etc., no muchos ordenan la prevención en función de planes nacionales, Colombia y Venezuela sí lo hacen. Recomendamos este sea un intercambio a promover de experiencias.

En lo que refiere a investigación, la legislación ecuatoriana, peruana y chilena obligan a desarrollar investigación para la prevención y la elaboración de la línea de base de sus políticas.

8.6. Atención y Rehabilitación. Habiendo ya señalado los temas de acceso a la salud en materia de atención resulta importante resaltar el tema de la rehabilitación con un enfoque integral, como lo desarrollan las legislaciones de Colombia, Venezuela y Chile; es decir más allá de recuperar la función orgánica. Así mismo resaltamos el desarrollo de Centros especializados de Rehabilitación, en las legislaciones de Bolivia, Chile y Venezuela e implementadas descentralizadamente.

Cabe anotar que la legislación ecuatoriana prohíbe toda discriminación en materia de rehabilitación y resaltar, especialmente, que un enfoque eficaz e importante es el de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), procedimiento exitoso en Venezuela y Chile, como política de estado.

Finalmente la rehabilitación eficaz requiere la dotación de ayudas bio-mecánicas. Todas las legislaciones establecen el derecho de las personas a obtener las ayudas biomecánicas y técnicas para su rehabilitación, aunque la asignación de fondos para ello es muy diversa y en algunos casos muy ineficaz.

8.7. Equiparación de Oportunidades y Accesibilidad. Toda la legislación andina regula el tema de las barreras arquitectónicas, aunque otros temas de accesibilidad no sean necesariamente tocados. El Acceso a la educación, la cultura y el empleo es expresamente regulado por la legislación de Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El acceso a los espacios públicos y privados está regulado por esos mismos países. Sólo Colombia y Chile regulan la accesibilidad a las bibliotecas. Chile y Venezuela la accesibilidad a las viviendas. Ecuador y Venezuela el acceso a las comunicaciones y Chile y Venezuela contemplan disposiciones sobre los animales de asistencia.

8.8. Educación, Formación y Discapacidad. Toda la legislación andina asume el concepto de educación inclusiva, estableciendo el derecho de la PCD a ser recibidos en establecimientos educativos regulares. Bolivia le da a este derecho un carácter progresivo y en el caso de Colombia forma parte de un proyecto educativo institucional. Sin embargo, en diversos casos, como el del Perú, no hay adecuación de locales ni material pedagógico adecuado, así como tampoco se asignan al personal magisterial capacitado para cumplir funciones de apoyo.

En el caso chileno la educación especial se concibe como una modalidad diferenciada de la educación general, constituyendo

la vía de las escuelas especiales una vía excepcional y por el tiempo indispensable.

Cabe anotar que la legislación de Venezuela y Ecuador reconocen la lengua de señas para las personas sordas.

8.9. Deporte, recreación y discapacidad. La legislación colombiana, peruana, venezolana y ecuatoriana reconocen las actividades deportivas especiales, las mismas que deben ser apoyadas por el Estado, llegando en el caso peruano a establecer federaciones deportivas especiales. Sin embargo, tanto los deportes llamados “especiales” como los paralímpicos, requieren mayor promoción

8.10. Promoción cultural. Colombia, Ecuador y Venezuela disponen acceso a los escenarios culturales públicos para las organizaciones de PCD, mientras que el Perú establece un descuento del 50% para los espectáculos culturales para las PCD, siempre que cuenten con carné de CONADIS.

8.11. El apoyo a las actividades artísticas de las personas con discapacidad – teatro, pintura, escultura, danza- es deficiente cuando no inexistente y requiere también mayor reconocimiento y soporte no solo económico sino en la facilitación de salas, aulas, materiales

8.12. Empleo y discapacidad. La legislación andina busca garantizar el derecho al empleo de las PCD, que enfrentan graves dificultades de accesibilidad al trabajo. Adoptan medidas de discriminación positiva para lograr este objetivo.

Ecuador, Perú, Venezuela y Colombia establecen sistemas de cuotas de empleo para PCD o puntajes adicionales en los concursos. Colombia reserva algunas actividades productivas para PCD.

Tanto Colombia como Bolivia y el Perú otorgan incentivos económicos, financieros y tributarios para que las empresas privadas empleen PCD. Así mismo Colombia, Perú y Venezuela tienen normas para asegurar igualdad de oportunidades para el empleo. Finalmente Colombia, Bolivia, Ecuador y Perú tienen legislación empresas de PCD y talleres de trabajo protegido.

La capacitación laboral es asumida por todos los países, mientras que Colombia y Ecuador establecen subsidios para la readaptación o reubicación laboral de PCD.

8.13. Seguridad Social y Discapacidad. Venezuela, Colombia y Perú establecen mecanismos de acceso y servicios especiales para las PCD en la seguridad social. Sin embargo no existe un sistema de seguridad para PCD aún el Perú, a pesar

de lo establecido en normas legales. Algo similar pasa en otros países andinos que han incorporado el tema en las nuevas constituciones de Ecuador y de Bolivia, pero no existe un régimen legal que lo concrete. Este constituye un tema de especial complejidad –y que el ORAS-CONHU debería analizar– porque los regímenes de seguridad social privada establecen además restricciones y limitantes (o precios exorbitantes) que hacen imposible ejercer este derecho para diversos sectores.

8.14. Asistencia y Servicios sociales específicos para PCD.

Salvo Colombia todos los países andinos otorgan franquicias o liberación de gravámenes e impuestos a la importación de equipos y materiales para la rehabilitación, el auxilio y el uso de las PCD.

Colombia, por su parte, prioriza y apoya la creación de la Red de Residencias, Hogares Comunitarios y Escuelas de Trabajo para PCD, con financiamiento público. Mientras tanto, Ecuador y Venezuela otorgan un descuento del 50% en transporte para PCD.

8.15. Reconocimiento social a las personas con discapacidad.

En todos los países se celebra el día internacional de las PCD, pero en Ecuador y Perú existe un día nacional de las PCD establecidas en las leyes materia de estudio. Sin embargo, por dispositivos legales de menor rango y con posterioridad a sus leyes, Bolivia, Chile y Colombia han establecido también un día nacional de las PCD.

9. RESPECTO A LAS POLITICAS DE ESTADO PARA LAS PCD

9.1. Los 6 países del ORAS-CONHU tienen políticas definidas, respecto a las PCD, en Planes y Programas sancionados por el Estado, mencionados en el Cuadro Comparativo y el texto anterior. Dichos planes se asientan y deben dar cumplimiento a las normas legales y constitucionales pertinentes.

Sus antecedentes son diversos (ver cuadro) y la estrategia de su formulación también, aunque todos parten de organismos del Estado. En Bolivia se convalida con los CODEPEDIS y organismos de PCD. En Chile parte de una Secretaria Técnica (Mindeplan y Fonadis) así como una mesa Interministerial y mesas regionales. En Colombia la formula el Consejo Nacional de Política Económica y Social y es convalidada en un CONPES Social. Y en Ecuador se formula por Decreto Presidencial. En el Perú surge del poder ejecutivo, mientras en Venezuela es a partir de la definición constitucional de que las políticas sobre

PCD es parte del Plan de Desarrollo Económico y Social y del Sistema Nacional de Atención Integral a las PCD.

En la definición de las políticas públicas para PCD, en los seis países del ORAS-CONHU, han participado –en diferente grado– las organizaciones de/para PCD.

Los planes se asientan, en general en principios básicamente comunes: el enfoque de derechos, la atención a las PCD, la autodeterminación, la equidad, la no discriminación y la universalidad, la integralidad y transversalidad, la sostenibilidad. Y en algunos casos, la gratuidad. Estos son expresos en algunos países.

Las acciones priorizan áreas fundamentales: salud (prevención, atención y rehabilitación), educación y capacitación, empleo, accesibilidad (incluyendo las comunicaciones en los casos más avanzados), vivienda, transporte y no discriminación, enfatizando algunos países el tema de la participación. Algunos países tienen planes muy detallados y con asignación de recursos precisos como Chile y Venezuela. Otros definen acciones sin presupuestos específicos como Perú y Bolivia.

9.2. Para definir las políticas de Estado parece necesario establecer una **línea base**, lo se facilita si se cuenta con estadísticas confiables y actualizadas sobre la situación de las PCD, como ya lo hemos señalado, y se define la demanda de servicios públicos y generan las políticas y programas que los provean. En este sentido aporta la experiencia chilena.

9.3. Respecto a la aplicación de las acciones, señaladas en el cuadro comparativo, lo importante es contar con presupuestos e indicadores de medición para llevar adelante las líneas de acción propuestas. Chile cuenta con indicadores de la medición hecha el 2006, del Plan del 2004 al 2010. Venezuela tiene mediciones del Plan Barrio Adentro y de la Misión José Gregorio Hernández, referida a PCD, que se presentan exitosas, especialmente en prevención y rehabilitación. Ecuador presenta un primer informe vicepresidencial sobre el Plan Ecuador sin Barreras que acredita un presupuesto total de US \$4 millones. El balance colombiano, en lo que refiere a la opinión de las organizaciones de PCD al interior del Consejo Consultivo, es crítico respecto a los logros y a la falta de receptividad a sus propuestas. En Bolivia el Plan es relativamente reciente y su financiamiento se deriva al uso de los recursos ordinarios de los sectores involucrados y al financiamiento o ayuda externa. En el caso peruano, el Plan de Igualdad de Oportunidades para las PCD 2003-2007, no contó con recursos suficientes, en muchos casos no se asignaron y no hubo indicadores de medición. El PIO peruano 2009-2018 no tiene recursos asignados.

Es muy probable que no se cuente con recursos suficientes para aplicar las políticas y programas aprobados y que se carezca, en la mayoría de países, de indicadores adecuados de control y eficacia.

10. RECOMENDACIONES:

10.1. EN LO REFERENTE A LA DATA

10.1.1. Resulta fundamental **contribuir a uniformizar conceptos con el uso de las categorías CIF, unificar indicadores, actualizar la data periódicamente** y encarar el tema de la data como un elemento prioritario de los países de la ORAS - CONHU.

10.1.2. Promover el intercambio de experiencias en materia de recolección de data, dar a conocer las mejores prácticas y uniformizar conceptos. Ello es fundamental para trazar normas y políticas que defiendan y promuevan los derechos de las PCD. Sería importante que el ORAS-CONHU pudiera promover este intercambio y **seminarios-taller** sobre el tema.

10.1.3. Promover la **construcción de un Banco de Datos**. (Para el efecto se puede solicitar apoyo al Grupo de Washington referido a Estadísticas sobre Discapacidad vinculado a la División de Estadísticas de la ONU.)

10.1.4. Promover un **estudio sobre las metodologías empleadas en los diversos censos y estudios/encuestas existentes, con participación multisectorial**, y – especialmente- de los organismos nacionales que manejan los censos y encuestas, los organismos de salud, órganos rectores de las políticas sobre PCD y especialistas de las organizaciones de PCD, a efectos de unificar **indicadores para la medición de la discapacidad**.

10.1.5. **Analizar e investigar el tema de las diferencias en las prevalencias de la discapacidad entre los países miembros y evaluar las causas** de estas diferencias.

10.2. EN LO REFERENTE A PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

10.2.1. **Profundizar en la investigación sobre las causas predominantes de la discapacidad**, incluyendo las que refieren a factores sociales como los accidentes de tránsito, los

laborales o la violencia en la vida social, aunque esté claro que las enfermedades crónicas y atendibles sean su principal causa. Ello permitiría **atender una prevención más eficaz** pero también determinar otras causas (laboral, violencia, etc.), así como definir políticas de prevención, difusión de riesgos y atención/rehabilitación prioritarias. Así mismo, **desarrollar una difusión de riesgos de discapacidad como política preventiva comunicacional permanente.**

10.2.2. Resulta fundamental **analizar el tema del acceso a la salud de la población (prevención) y de las PCD para atención y rehabilitación y formular políticas** que contribuyan a mejorar este cuadro. **Estudiar el tema presupuestal y desarrollar un análisis comparativo de experiencias existentes.** Igualmente es indispensable **analizar el tema del acceso a la seguridad social estatal y privada, en el caso de las PCD, desarrollando propuestas al respecto.**

10.2.3. Promover, en el área Andina, la **capacitación de los Recursos Humanos: profesionales médicos respecto a discapacidad, en la currícula universitaria, en post grados y en ciclos de actualización profesional.** Venezuela parece tener interesante experiencia en este tema.

10.2.4. Resultaría importante **promover la RBC como un eje de las políticas de rehabilitación.** El concepto de rehabilitación basada en la comunidad busca potenciar las capacidades de la propia comunidad para incorporar a la vida familiar y comunitaria a la persona que presenta una discapacidad. Esta manera de enfrentar la rehabilitación debiera ser mejor reconocida y adoptada por los gobiernos en la región. La visión de la rehabilitación como un acto casi enteramente vinculado a lo médico y por consiguiente a centros de salud y especialistas, está cediendo paso – obligados también por el alto costo de una rehabilitación enfocada solo a lo médico- a una visión más social acorde con la comprensión de la discapacidad como restricciones en la participación del individuo en la comunidad en la que vive.

10.3. EN LO REFERENTE A LA LEGISLACIÓN Y DDHH

10.3.1. Adecuar la legislación nacional a los avances logrados en Convenciones Internacionales como la de la ONU respecto a los Derechos de las Personas con Discapacidad y a los avances desarrollados en diversos procesos constituyentes andinos recientes.

10.3.2. Promover la difusión de los derechos de las PCD y las alternativas para acceder a igualdad de oportunidades,

abrir espacios de participación de las PCD en la definición y ejecución de políticas donde no las hay, así como promover su organización y articulación es fundamental. Sería útil promover un intercambio alrededor de la legislación y experiencias existentes sobre derechos y políticas respecto a PCD.

10.3.3. Garantizar el cumplimiento de las leyes y políticas asignando recursos presupuestales adecuados, constituyendo mecanismos de vigilancia y rendición de informes, y con el establecimiento de sanciones.

10.3.4. Evaluar los Registros de PCD existentes, en particular los mecanismos para implementarlos, la eficacia de los mismos y la utilidad del registro tanto para los estados como para las propias PCD y sus familias.

10.3.5. Establecer acciones de coordinación eficaz entre los entes estatales y la sociedad civil, para –entre otros- la defensa de los derechos, el cumplimiento de las normas, la actualización de las mismas, etc.

10.4. EN LO REFERENTE A POLÍTICAS PÚBLICAS

10.4.1. Recomendar en la REMSAA un intercambio sobre la ejecución de **las políticas públicas y los programas sobre discapacidad que se llevan a cabo en los diferentes países del ORAS-CONHU, evaluando la asignación de recursos y la transversalidad de las políticas y con la participación de los beneficiarios**; a fin de recoger experiencias y propugnar la consecución progresiva de metas comunes.

10.4.2. Contribuir a formar equipos nacionales de análisis y de seguimiento de las políticas públicas, a fin de garantizar que las éstas lleguen a toda la comunidad de PCD a través de recursos técnicos, financieros, políticos, etc

10.4.3. Promover la conformación de un **Observatorio Andino** de los derechos y políticas sobre las PCD.

10.4.4. Todo ello podría implicar, junto a la promoción de un **Observatorio Andino**, desarrollar **SEMINARIOS DE INTERCAMBIO: DATA, RBC, POLÍTICAS PÚBLICAS.**

10.4.5. Podría promoverse un **INFORME ANDINO DE PCD**, con un criterio y metodología similar al desarrollado por IDRM, con un mecanismo participativo de PCD.

10.5. EN LO REFERENTE A COOPERACION INTERNACIONAL

10.5.1. Promover la **VINCULACION CON INSTANCIAS EXISTENTES EN ONU, COMO EL WASHINGTON GROUP PARA ESTADISTICAS.**

10.5.2 Promover la **creación e implementación de una relatoría sobre los derechos de las PCD en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos** (específicamente en la CIDH) para promover la justiciabilidad de casos que permitan un combate más efectivo y visible contra la discriminación en este ámbito.

10.5.3. ORAS-CONHU puede promover **colocar el tema de discapacidad en los acuerdos de cooperación internacional, tal como están género y ambiente.** El Banco Mundial y el BID ya lo están haciendo.

10.5.4. PROMOVER EL PLAN DE ACCIÓN DEL DECENIO DE LAS AMERICAS, y contribuir a encuentros como los que se dan en África, Asia Pacífico (que va por su segunda década), países árabes, Europa.

10.5.5. Facilitar la creación de una **página Web** sobre la **SITUACION DE LA DISCAPACIDAD** en la región, con una administración colectiva y autónoma por país andino, con un link a la Web del ORAS-CONHU

Lima, Diciembre de 2008

“Queremos una sociedad basada en la equidad, la justicia, la igualdad y la interdependencia... que asegure una mejor calidad de vida para todos sin discriminaciones de ningún tipo... que reconozca y acepte la diversidad como fundamento para la convivencia social... una sociedad en donde lo primero sea la condición de persona de todos sus integrantes... que garantice su dignidad, sus derechos, su autodeterminación, su contribución a la vida comunitaria y su pleno acceso a los bienes sociales”.

“Declaración de Managua”, Nicaragua, diciembre de 1993

MATRICES COMPARATIVAS DE LEGISLACION Y DE POLITICAS PÚBLICAS DE LOS PAISES DE LA ORAS - CONHU

1. MATRIZ COMPARATIVA DE LEGISLACION ANDINA SOBRE DISCAPACIDAD

El cuadro adjunto, comprende la matriz comparativa sobre legislación - en materia de discapacidad- de los 6 países integrantes del ORAS-CONHU, considerando los ítems señalados en el punto 4 del Capítulo II (página 113).

2. MATRIZ COMPARATIVA DE POLITICAS PUBLICAS

La matriz comparativa de políticas públicas, contiene los ítems referidos en el punto 1 del Capítulo IV referido a la Descripción de la Metodología (página 156).

MATRIZ COMPARATIVA DE LEGISLACION ANDINA SOBRE DISCAPACIDAD

ASPECTOS GENERALES

Temas	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Legislación básica	Ley N° 1678 De La Persona Con Discapacidad del 15 de diciembre de 1995. Reglamento Decreto Supremo 24807	LEY Nro. 19.284 de 5 de enero de 1994. Tiene 16 Reglamentos.	Ley N° 361 de 07 de febrero de 1997 y sus modificatorias Ley 1145 de 2007 y Ley 982 de 2005	Ley sobre Discapacidades, Codificación N° 000.RO/301 de 06 de Abril del 2001. Reglamento Registro Oficial N° 27 del 14 de enero de 2003	Ley N° 27050 Reglamento D.S. 003-2000-PROMUDEH	Gaceta Oficial N° 38.598 de fecha 5 de enero de 2007 - Ley para las Personas con Discapacidad. Reglamento en comisión de trabajo, aún no promulgado
Definición de Discapacidad, PCD, actos de discriminación	Discapacidad: Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano(Art.1.B). Discriminación: Es la actitud y/o conducta social segregacionista, que margina a las personas con discapacidad, por el sólo hecho de presentar una deficiencia (Art. 1.H).	PCD: toda aquella persona que, como consecuencias de una o más deficiencias físicas, síquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en por lo menos un tercio su capacidad educativa, laboral o de integración social (Art. 3).			PCD: aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad. (Art 2 - Ley 27050).	Se entiende por discapacidad la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, para participar equitativamente dentro de la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente. (Art. 5). Personas con discapacidad son todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar c
Otras definiciones	En el art. 1 define los siguientes términos: deficiencia, minusvalía, prevención, rehabilitación, educación especial, equiparación de oportunidades, normalización, necesidades especiales.	Ayudas técnicas (Art. 5). Prevención (Art. 13). Educación especial (Art. 26).	Accesibilidad (Art. 44), Rehabilitación de viviendas (Art.51).		El reglamento define los siguientes conceptos: prevención, atención, detección oportuna e integración social (Art. 1), empresa promocial (Art. 39).	
Principios rectores	Normalización, integración, sectorización de servicios e individualización de la enseñanza (I.F), igualdad (I.G), irrenunciabilidad de derechos y beneficios (Art. 6). Igualdad de oportunidades (Art. 10).	Igualdad de oportunidades (Art. 18).	No discriminación (Art. 2). Declaración de los Derechos Humanos , Declaración de los Derechos del Deficiente Mental, Declaración de los Derechos de las Personas con Limitación, Convenio 159 de la OIT, Declaración de Sund Berg de Torremolinos, Declaración de las Naciones Unidas concerniente a las personas con limitación, recomendación 168 de la OIT (Art. 3).	No discriminación (Art.1). Igualdad ante la ley (Art. 2). Igualdad de oportunidades (3.e).	Igualdad de Derechos (Art. 3). Convenios Internacionales (Primera disposición final).	Los principios que rigen las disposiciones de la presente Ley son: humanismo social, protagonismo, igualdad, cooperación, equidad, solidaridad, integración, no segregación, no discriminación, participación, corresponsabilidad, respeto por la diferencia y aceptación de la diversidad humana, respeto por las capacidades en evolución de los niños y niñas con discapacidad, accesibilidad, equiparación de oportunidades, respeto a la dignidad personal, así como los aquí no enunciados y establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en los tratados, pactos, convenios, convenciones, acuerdos, declaraciones y compromisos internacionales e intergubernamentales, válidamente suscritos y ratificados o aceptados por la República. (Art 4)

Obligaciones del Estado definidas por la ley	El Poder Ejecutivo, a través de los Ministerios, Secretarías Nacionales, Prefecturas, mecanismos técnicos, así como los Municipios y demás instituciones estatales, para el cumplimiento de las acciones específicas que les compete en el campo de la discapacidad, deberán revisar, reorganizar, reforzar y/o crear las unidades especializadas correspondientes, destinadas a la atención de la persona discapacitada y actuar conforme a los planes, programas y normas relativas a la discapacidad en las funciones de cada una de las instituciones antes mencionadas (Art. 21).	La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado (Art. 2). El Estado ejecutará programas destinados a las PCD, de acuerdo a las características particulares de sus carencias. Para ello, cada programa se diseñará considerando las discapacidades específicas que pretende suplir y determinará los requisitos que deberán cumplir las personas que a ellos postulen, considerando dentro de los criterios de priorización el grado de la discapacidad y el nivel socioeconómico del postulante (Art. 4).	siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas, la educación apropiada, la orientación, la integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales. Para estos efectos estarán obligados a participar para su eficaz realización la administración central, el sector descentralizado, las administraciones departamentales, distritales y municipales, todas las corporaciones públicas y privadas del país (Art. 4).	El Estado a través de sus organismos y entidades garantiza el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las personas con discapacidad (Art. 4). El Estado realizará acciones de sensibilización y concientización de la sociedad y la familia sobre las discapacidades, los derechos y deberes de las personas con discapacidad (Art. 4.a). El Estado fortalecerá y apoyará a las organizaciones de y para PCD (Art. 4.m).		Los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal competentes en la materia, y las personas naturales y jurídicas de derecho privado, cuyo objeto sea la atención de las personas con discapacidad, tienen el deber de planificar, coordinar e integrar en las políticas públicas todo lo concerniente a la discapacidad, en especial su prevención, a fin de promover, proteger y asegurar un efectivo disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, el respeto a la igualdad de oportunidades, la inclusión e integración social, el derecho al trabajo y las condiciones laborales satisfactorias de acuerdo con sus particularidades, la seguridad social, la educación, la cultura y el deporte de acuerdo con lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y los tratados, pactos y convenios suscritos y ratificados por la República. Cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, nacionales estatales o municipales, que intervenga en la realización de actividades inherentes a la discapacidad, quedan
Ente rector	Comité Nacional de la Persona con Discapacidad (Cap.V).	En el título VII se crea el Fondo Nacional de la Discapacidad - FONADIS de carácter autónomo con plena capacidad para adquirir, ejercer derechos, cuya finalidad es administrar los recursos mencionados en el art.54 a favor de las personas con discapacidad.	Constitúyese el "Comité Consultivo Nacional de las personas con Limitación" como asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado. Dicho comité tendrá carácter permanente (Art. 6). Artículo derogado. Ahora denominado Consejo Nacional de Discapacidad. CND (Ley 1145 de 2007)	Consejo Nacional de Discapacidades - CONADIS - es una persona jurídica de derecho público, autónoma, con patrimonio y presupuesto propio (Art. 5).	Para el logro de los fines y la aplicación de la presente ley, se crea el CONADIS, incorporándose a las Personas con Discapacidad para la integración y coordinación de las políticas, planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral de las personas con discapacidad en todo el territorio de la República. El Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad está bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de desarrollo social (Artículo 52).	Se crea el Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad para la integración y coordinación de las políticas, planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral de las personas con discapacidad en todo el territorio de la República. El Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad está bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de desarrollo social (Artículo 52).
Estructura orgánica	...contará con un Consejo Consultor, que será convocado según las necesidades (Art. 18).	Consejo, Secretario Ejecutivo		a) El Directorio; b) La Dirección Ejecutiva y; c) La Comisión Técnica (Art. 7).	Secretaría Técnica y Grupos de Enlace Sectorial, GES, integrado por los representantes del Departamento Nacional de Planeación; de todos los Ministerios que hacen parte del Gobierno Nacional, junto con sus entidades adscritas y las demás entidades y organismos que se estime conveniente vincular (Art. 7 de Ley 1145 de 2007)	El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad es un instituto autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, tiene su sede en Caracas y ejerce funciones de ejecución de los lineamientos, políticas públicas, planes y estrategias diseñados por el órgano rector (Artículo 54).
Composición	a) El Ministerio de Desarrollo Humano con un representante de la Secretaría Nacional de Salud y un representante de la Secretaría Nacional de Educación; b) Un representante del Ministerio de Trabajo; c) Cuatro representantes de la Confederación de Personas con Discapacidad y/o manteniendo paridad con los demás representantes; d) Un representante de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que trabajen en el área de la discapacidad (Art.17).	El Consejo estará integrado por a) El Ministro de Planificación y Cooperación quien lo presidirá; b) Los Ministros de Educación, de Salud, Trabajo, Previsión Social, Vivienda y Urbanismo, y de Transportes y Comunicaciones o sus representantes; c) Cuatro representantes de organizaciones de PCD sin fines de lucro; d) Un representante del sector empresarial; e) Un representante de los trabajadores y; f) Dos representantes de instituciones privadas que atiendan a PCD.	El CND estará conformado por: a) Un delegado del Presidente de la República designado por este para tal efecto y quien lo presidirá; b) Los Ministros o sus delegados de nivel directivo de: De la Protección Social, Educación Nacional, Hacienda y Crédito Público, Comunicaciones, Transportes, Defensa Nacional, Los demás Ministros y Directivos de Entidades Nacionales o sus delegados; c) El Director del Departamento Nacional de Planeación o su representante de rango directivo; d) Seis (6) representantes de las organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad, los cuales tendrán la siguiente composición: Un representante de las organizaciones de personas con discapacidad física. Un representante de las organizaciones de personas con discapacidad visual. Un representante de las organizaciones de personas con discapacidad auditiva. Un representante de organizaciones de padres de familia de personas con discapacidad cognitiva. Un representante de organizaciones de personas con discapacidad mental. Un representante de las organizaciones de personas con discapacidad múltiple; e) Un representante de pe	Directorio: a) El representante del Presidente de la República, quien lo presidirá, b) El Ministro de Salud Pública o el Subsecretario; c) El Ministro de Educación o el Subsecretario; d) El Ministro de Trabajo o el Subsecretario; e) El Ministro de Bienestar Social o el Subsecretario; f) El Ministro de Economía o el Subsecretario de Presupuesto; g) La Presidenta del Instituto Nacional del Niño y la Familia o su delegado; h) El Presidente de la Federación Nacional de Sordos del Ecuador, o su delegado; i) El Presidente de la Federación Nacional de Ciegos del Ecuador, o su delegado; j) El Presidente de la Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física, o su delegado; k) El Presidente de la Federación Ecuatoriana Pro Atención a la Persona con Deficiencia Mental, o su delegado y, l) El Presidente de la Federación de los Organismos No Gubernamentales que trabajan en el área de las discapacidades, o su delegado (Art. 8). Comisión Técnica: directores o delegados permanentes, del área técnico administrativa de discapacidades de los ministerios de Educación, Salud, Trabajo y Bienestar	Esta constituido por: 01 representante de la Presidencia del Consejo de Ministros, quien lo presidirá, 01 representante del Ministerio de Defensa, 01 del Ministerio de Interior, 01 del Ministerio de Educación, 01 del Ministerio de Salud, 01 del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, 01 del Ministerio de la Presidencia (esta cartera ya no existe), 01 del hoy Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, 01 del Seguro Social - ESSALUD, 01 de la Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas, 01 de las Instituciones Privadas de Rehabilitación y Educación Especial de Nivel Nacional, 03 representantes elegidos entre los integrantes de las asociaciones de PCD legalmente constituidas (01 por cada tipo de discapacidad) y, 01 de las asociaciones de familiares de las PCD por deficiencia mental legalmente constituidas (Art. 6).	Integrado -Consejo nacional de Personas con Discapacidad- por un Presidente o Presidenta y un Vicepresidente o Vicepresidenta, designado o designada por el Presidente o Presidenta de la República; cinco directores o directoras designados o designadas por el Presidente o Presidenta del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad correspondientes, uno por cada tipo de discapacidad: visual, auditiva, físico-motora, intelectual y múltiple, previa consulta (Art. 56)

<p align="center">Funciones</p>	<p>a) Promover y proponer a todo nivel, políticas en materia de discapacidades; b) Evaluar, controlar y supervisar la ejecución de planes, programas y proyectos en materia de discapacidad; c) Promover y recomendar la creación de instituciones de rehabilitación y/o habilitación y le mejoramiento de las existentes, de acuerdo a los alcances científicos de esta especialidad; d) Promover y recomendar la creación de organizaciones de persona con discapacidad, de padres, tutores y curadores; e) Coordinar las actividades de las instituciones públicas, privadas y mixtas que desarrollan labores, en materia de discapacidad; f) Incentivar programas de capacitación de recursos humanos en materia de discapacidad; g) Estimular la fabricación, importación y uso de equipos, instrumentos y elementos de ayuda bio-mecánica en rehabilitación; h) Asesorar sobre cualquier actividad de rehabilitación integral, que se vincule con la problemática de la persona con discapacidad y su incorporación a la sociedad; i) Promover la revisión y unificación de sistemas para la calificación de discapacidades; j) Promover y</p>	<p>Funciones del Consejo del Fondo Nacional de la Discapacidad: a) Decidir sobre el financiamiento de beneficios, aportes y subvenciones, adjudicar licitaciones, celebrar convenios y resolver concursos de acuerdo a ley, al reglamento, a sus estatutos, y a los acuerdos que adopte. b) Solicitar a los Ministerios, servicios públicos y entidades en los que el Estado tenga participación, cualquier información necesaria para sus funciones; c) Aprobar el programa nacional de acción y el proyecto de presupuesto del fondo; d) Delegar parte de sus funciones y atribuciones en el secretario ejecutivo y demás funcionarios del fondo; e) Aprobar la organización interna del fondo; y, f) Cumplir las demás funciones y tareas que las leyes, reglamentos o sus estatutos le encomienden. Creará el Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación Social que tendrá a su cargo la información y sensibilización a la comunidad.</p>	<p>Son funciones del Consejo Nacional de Discapacidad, CND: 1. Participar y asesorar el proceso para la formulación de la Política Pública para la discapacidad, en el marco de los Derechos Humanos. 2. Concertar las políticas generales del Sistema Nacional de Discapacidad, para que sean coherentes con el Plan Nacional de Desarrollo. 3. Presentar recomendaciones técnicas y las que correspondan, para el desarrollo de la política social a favor de las personas con algún tipo de discapacidad. 4. Verificar el cumplimiento, hacer seguimiento de la puesta en marcha de las políticas, planes, estrategias y programas de intervención del sector de la discapacidad. 5. Conceptuar sobre los proyectos de ley y de decretos para desarrollar los principios, derechos y deberes de las personas con discapacidad y la prevención de las mismas. 6. Promover la apropiación de presupuestos en las entidades nacionales y territoriales que conforman el Sistema, en búsqueda de garantizar los recursos necesarios para ejecutar los planes, programas y proyectos del Plan Nacional de Discapacidad. 7. Prop</p>	<p>de a) Formular las políticas nacionales relacionadas con las discapacidades y someterlas para la aprobación del Presidente de la República; b) Planificar acciones que permitan el fortalecimiento de los programas de prevención de discapacidades, de integración e integración de las personas con discapacidad; c) Defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad; d) Realizar investigaciones y coordinar las acciones de organismos y entidades de los sectores público y privado y e) Vigilar por el eficaz cumplimiento de esta ley y exigir la aplicación de la sanción a quienes la incumplan (Art. 6) Mantendrá un centro interconectado de información y documentación bibliográfica y audiovisual en materia de discapacidades (Art. 14). Creará el Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación Social que tendrá a su cargo la información y sensibilización a la comunidad (Art. 15).</p>	<p>Son funciones del CONADIS: a) Formular y aprobar las políticas para la prevención, atención e integración social de las personas con discapacidad; b) Aprobar el Plan Operativo Anual, supervisando y coordinando su ejecución y estableciendo la coordinación necesaria con las instituciones públicas y privadas, en relación con la materia de su competencia; c) Elaborar el Reglamento de Organización y Funciones; d) Recomendar a las diferentes entidades de los sectores público y privado, la ejecución de acciones en materia de atención, sistemas previsionales e integración social de las personas con discapacidad; e) Elaborar proyectos de corto, mediano y largo plazo, para el desarrollo social y económico del sector poblacional con discapacidad; f) Apoyar y promover el financiamiento de los proyectos que desarrollen las organizaciones de las personas con discapacidad; g) Difundir, fomentar y apoyar la formulación e implementación de programas de prevención, educación, rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad.</p>	<p>1. Elaborar los lineamientos del Plan Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad, el cual será sometido a consideración del ministerio con competencia en materia de desarrollo social. 2. Elaborar y aprobar el plan operativo anual y el presupuesto del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad y proponerlo al ministerio de adscripción. 3. Elaborar el reglamento interno de funcionamiento del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. 4. Emitir informe sobre la conveniencia de suscripción o ratificación de convenios nacionales e internacionales en materia de discapacidad o la adhesión a los mismos. 5. Autorizar la celebración de contratos y convenios administrativos en los que participe el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, atendiendo a las disposiciones legales vigentes sobre licitaciones. 6. Aplicar las sanciones administrativas contempladas en esta Ley. 7. Las demás que le señalen la ley y los reglamentos. (art.57°)</p>
<p align="center">Cauces de participación</p>				<p>Federación Nacional de Sordos del Ecuador, Federación Nacional de Ciegos del Ecuador, Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física, Federación Ecuatoriana Pro Atención a la Persona con Deficiencia Mental, Federación de los Organismos No Gubernamentales que trabajan en el área de las discapacidades (Art. 8).</p>	<p>El CONADIS convendrá con las Municipalidades, en lo que fuera pertinente, para que en su representación vigilen el cumplimiento de esta Ley y su Reglamento, extendiendo los alcances sociales, integradores e inclusivos de la Ley a todo el territorio nacional. Los gobiernos locales, por su parte, preverán la formación de oficinas de protección y organización de los vecinos con discapacidad (Art.10); Confederación Nacional de Personas con Discapacidad (Art. 6.J); Instituciones Empresariales Privadas (Art. 6.K); ejecución de los presupuestos destinados a la especial a nivel nacional (Art. 6.K); Asociaciones de familiares de las personas con discapacidad (Art. 6.I).</p>	<p>Participación de Estados y Municipios. Los estados podrán disponer de recursos para servicios de atención integral de las personas con discapacidad. Los municipios desarrollarán servicios de integración familiar de la persona con discapacidad al desarrollo comunitario. Las gobernaciones y alcaldías deben hacer del conocimiento del Consejo Nacional para las personas con discapacidad las estrategias, planes, programas, proyectos y acciones, para la atención integral de las personas con discapacidad en el ámbito de su competencia (Artículo 64). El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad creará unidades municipales para las personas con discapacidad, para lo cual podrá celebrar convenios con los municipios. Este Consejo determinará, según la población y las condiciones geográficas de acceso, la creación de una unidad municipal para las personas con discapacidad que atienda a uno o varios municipios (Artículo 65).</p>
<p align="center">Coordinación interinstitucional</p>	<p>Secretaría Nacional de Asuntos Urbanos y Alcaldías Municipales (Art. 20).</p>			<p>Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Economía, Instituto Nacional del Niño y la Familia (Art. 8), Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), Corporación Aduanera Ecuatoriana, Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) (Art. 12), Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN) (Art. 19.a)</p>	<p>Ministerio de Defensa (Art. 6.b); Ministerio del Interior (Art. 6.c); Ministerio de Educación (Art. 6.d); Ministerio de Salud (6.e); Ministerio de Trabajo y Promoción Social (Art. 6.f); Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (Art. 6.h); Seguro Social de Salud - ESSALUD (Art. 6.i); IPD (Art. 27); Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (Art. 43).</p>	<p>Los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal competentes en la materia, y las personas naturales y jurídicas de derecho privado, cuyo objeto sea la atención de las personas con discapacidad, tienen el deber de planificar, coordinar e integrar en las políticas públicas todo lo concerniente a la discapacidad, en especial su prevención, a fin de promover, proteger y asegurar un efectivo disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, el respeto a la igualdad de oportunidades, la inclusión e integración social, el derecho al trabajo y las condiciones laborales satisfactorias de acuerdo con sus particularidades, la seguridad social, la educación, la cultura y el deporte de acuerdo con lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y los tratados, pactos y convenios suscritos y ratificados por la República. Cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, nacionales estatales o municipales, que intervenga en la realización de actividades inherentes a la discapacidad, quedan</p>

Financiamiento				El Patrimonio del Consejo Nacional de Discapacidades está constituido por: a) Las asignaciones que se harán constar obligatoriamente en el Presupuesto General del Estado; b) El 25% de las multas que se impusieran por la falta de medidas de seguridad e higiene laboral, conforme a los artículos 442 y 626 del Código del Trabajo; c) El 50% de las multas que se recauden por violación a los derechos que esta ley consagra para las personas con discapacidad; d) El 50% de las multas que los municipios del país recauden por la inobservancia de las normas de accesibilidad que sus ordenanzas establezcan, las mismas que deberán ser depositadas en la cuenta del Consejo Nacional de Discapacidades dentro de los primeros quince días de la recaudación; e) Los bienes muebles e inmuebles de su propiedad; f) Los recursos que obtenga provenientes de la autogestión, tales como ingresos por la prestación de sus servicios a entidades.	Son recursos del CONADIS los siguientes: a) Los recursos asignados presupuestalmente por el Estado, b) El porcentaje de los recursos obtenidos mediante juegos de lotería y similares, realizados por las Sociedades de Beneficencia, conforme lo establece la Quinta Disposición Transitoria y Complementaria de la Ley N° 26918 o directamente manejados por los gremios de las personas con discapacidad, c) Los recursos directamente recaudados obtenidos por el desarrollo de sus actividades y por los servicios que preste, así como por las multas impuestas por incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley, d) Los recursos provenientes de la Cooperación Técnica Internacional, e) Las donaciones y legados, f) Los fondos provenientes de las colectas que organice oficialmente (Art. 9).	El patrimonio del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad está constituido por: 1. Las asignaciones presupuestarias previstas en la Ley de Presupuesto anual correspondiente. 2. Los bienes muebles e inmuebles, derechos y obligaciones que pertenecen al Consejo Nacional para la Integración de Personas Incapacitadas. 3. Los aportes extraordinarios que le asigne el Ejecutivo Nacional. 4. Los bienes muebles e inmuebles que por orden del Ejecutivo Nacional le sean transferidos para cumplir sus fines. 5. Las rentas procedentes de dinero, títulos y valores. 6. Las subvenciones y donaciones de órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, y todas las personas naturales y jurídicas de derecho privado, nacionales o extranjeras. 7. El producto de la aplicación de las multas contempladas en esta Ley. 8. Los recursos provenientes de
DESCENTRALIZACIÓN						
DESCENTRALIZACIÓN	El Decreto Supremo 24807, que reglamenta la Ley No. 1678, instituye a los Comités Departamentales de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS), de acuerdo a la Ley No. 1654 de Descentralización Administrativa, otorgándoles las mismas funciones y atribuciones del CONALPEDIS en el campo operativo y circunscritos a su ámbito territorial.					
GARANTÍAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN						
Ente fiscalizador	FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL COMITÉ NACIONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Son funciones y atribuciones del Comité Nacional, además de las mencionadas en el artículo 19 de la Ley N° 1678, las siguientes: a) Cumplir y hacer cumplir la Ley N° 1678 y su Decreto Reglamentario, supervisar su adecuada aplicación, coordinando con entidades estatales, privadas y mixtas. (...) (Art 4 Decreto Supremo 24807 – Reglamento de Ley 1678)	... Toda persona que por causa de un acto u omisión arbitraria o legal sufra discriminación o amenaza en el ejercicio de sus derechos o beneficios legales, podrá acudir ante un juez de policía local para que adopte las providencias que aseguren o restablezcan el derecho afectado. (Arts. 48)	falta ...	Art. 6.- Compete al CONADIS: e) Vigilar por el eficaz cumplimiento de esta ley y exigir la aplicación de la sanción a quienes la incumplan.	Funciones del CONADIS: El CONADIS tiene las siguientes Funciones: (...) (f) Demandar acciones de cumplimiento ... (f) Imponer y administrar multas ante el incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley y su Reglamento (Art. 8)	Art. 73.- Sin perjuicio de las acciones particulares o de oficio contempladas en el ordenamiento jurídico, el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad aplicará las sanciones, una vez efectuadas las investigaciones que comprueben que se ha incurrido en alguna de las infracciones establecidas taxativamente en esta Ley.
Sanciones	Las PCD tienen derecho a ser protegidos contra toda explotación, trato abusivo o degradante bajo sanciones proporcionales al grado de discapacidad del damnificado (Art. 6.i).	El que fuera sancionado como autor de acto u emisión arbitraria o ilegal en los términos previstos en el artículo precedente, pagará una multa de una a tres unidades tributarias mensuales, que se duplicará en caso de reincidencia. La reiteración será causal suficiente para la eliminación del Registro Nacional de la Discapacidad, si el sancionado estuviere inscrito en él (Art. 49).	Ningún centro educativo podrá negar los servicios educativos a personas limitadas físicamente, so pena de hacerse acreedor de sanciones que impondrá el Ministerio de Educación Nacional o la Secretaría de Educación en las que delegue esta facultad, que pueden ir desde multas sucesivas de carácter pecuniario de 50 a 100 salarios mínimos legales mensuales hasta el cierre del establecimiento (Art. 13). Las instituciones que promuevan la cultura y las bibliotecas públicas tomarán las medidas pertinentes en materia de barreras arquitectónicas, so pena de sanciones que impondrá el Ministerio de Educación Nacional o las Secretarías de Educación en quienes delegue que pueden ir desde multas de 50 a 100 salarios mínimos legales mensuales hasta el cierre del establecimiento (Art. 15) La empresa programadora que no cumpla con disponer de servicios de intérpretes o letras que reproduzcan el mensaje para personas con limitación auditiva, se hará acreedora de multas sucesivas de 100 salarios mínimos legales vigentes hasta que cumplan con	Las PCD o las organizaciones de y para personas con discapacidad que violen las disposiciones de esta ley, sus reglamentos o que hagan mal uso de su condición o finalidades serán sancionadas de acuerdo al reglamento (Art. 18). Los organismos competentes para regular el tránsito en las diferentes circunscripciones territoriales en el ámbito nacional, vigilarán el cumplimiento de la disposición anterior e impondrán una multa equivalente a 12 dólares de los Estados Unidos de América en caso de inobservancia (Art. 19.e).		Arts. 74 a 96.- Estos artículos establecen las sanciones que le son aplicables a todos los infractores a la ley; detalla el procedimiento y las multas que le son aplicables. Establece, las sanciones, que por acción u omisión infrinjan los funcionarios públicos; las sanciones a reincidentes y a infractores que no paguen la multa en el plazo de 5 días hábiles. Señala la obligación de todos los órganos o entes, sean públicos o privados, de brindar información para esclarecer denuncias, ubicar a infractores y aplicar las sanciones a que hubiere lugar. Dispone que todos los recursos generados por las multas formaran parte de un fondo de ayudas técnicas.

Otros entes relacionados con el tema		Consejo Nacional de Televisión (Art. 19). El Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Art. 22). Persona jurídica del derecho público denominada "FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD", de carácter autónomo con plena capacidad para adquirir, ejercer derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad será administrar recursos mencionados en el artículo 54, en favor de las PCD a que se refiere la presente ley.			Municipalidades vigilen el cumplimiento de esta Ley y su Reglamento (Art. 10), Defensoría del Pueblo (Art. 50).	Las unidades municipales para las personas con discapacidad son instancias de gestión que actúan bajo la coordinación del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad y tienen un Directorio integrado por tres personas: un Director o Directora, quien lo preside, designado o designada por el Presidente o Presidenta del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad; un representante de la alcaldía o las alcaldías de los municipios en los cuales actúa y un vocero o vocera de los comités comunitarios de personas con discapacidad a nivel municipal, designado por la asamblea de dichos comités (Artículo 66). Así mismo, Los comités comunitarios de personas con discapacidad son las organizaciones de participación y protagonismo pleno de las personas con discapacidad para ejercer funciones específicas, atender necesidades y desarrollar las potencialidades de las personas con discapacidad, así como también viabilizar, organizar y priorizar todas las ideas, propuestas, solicitudes, necesidades y aportes para que mediante sus voceros se presenten ante los Cons
Tutela de prestaciones sociales						La atención integral a las personas con discapacidad se refiere a las políticas públicas, elaboradas con participación amplia y plural de la comunidad, para la acción conjunta y coordinada de todos los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estadal y Municipal competentes en la materia, y las personas naturales y jurídicas de derecho privado, cuyo objeto sea la atención de las personas con discapacidad, de las comunidades organizadas, de la familia, personas naturales y jurídicas, para la prevención de la discapacidad y la atención, la integración y la inclusión de las personas con discapacidad, garantizándoles una mejor calidad de vida, mediante el pleno ejercicio de sus derechos, equiparación de oportunidades, respeto a su dignidad y la satisfacción de sus necesidades en los aspectos sociales, económicos, culturales y políticos, con la finalidad de incorporar a las personas con discapacidad a la dinámica del desarrollo de la Nación. La atención integral será brindada a todos los estratos de la población urbana, rural e indígena, sin discriminación alguna (Artículo 8)
Intervención en servicios médicos						La atención integral a la salud de personas con discapacidad es responsabilidad del ministerio con competencia en materia de salud, que la prestará mediante el Sistema Público Nacional de Salud (Artículo 10)
Protección contra la discriminación		Sin perjuicio de las normas administrativas y penales existentes, toda persona que por causa de acto u omisión arbitraria o ilegal sufra discriminación o amenaza en el ejercicio de los derechos y beneficios consagrados en esta ley, podrá concurrir por sí o por cualquiera a su nombre al juez de policía local correspondiente a su domicilio, el que deberá adoptar de inmediato las providencias para asegurar y reestablecer su derecho afectado (Art. 48).	El Estado garantizará y velará porque en su ordenamiento jurídico no prevalezca discriminación sobre habitante alguno en su territorio, por circunstancias personales, económicas, físicas, fisiológicas, psíquicas, sensoriales y sociales.	Es objetivo de esta ley eliminar toda forma de discriminación por razones de discapacidad y sancionar a quienes incurrieren en esta prohibición (Art. 3.b). Toda persona que sufra discriminación por su condición de persona con discapacidad o amenaza en el ejercicio de sus derechos y beneficios consagrados en esta ley, podrá, antes de presentar su demanda y en cualquier etapa del juicio, demandar ante un Juez de lo Civil las providencias preventivas y cautelares (Art. 21).	La Constitución Política de 1993, en el art. 2º, inciso 2, señala el derecho de la persona a la igualdad ante la ley, donde nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.	Ninguna persona podrá ser objeto de trato discriminatorio por razones de discapacidad, o desatendida, abandonada o desprotegida por sus familiares o parientes, aduciendo razonamientos que tengan relación con condiciones de discapacidad (Artículo 9). El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad tiene como finalidad: Conocer sobre situaciones de discriminación a las personas con discapacidad y tramitarlas ante las autoridades competentes (Art. 55 inc. 4).
Protección de las personas jurídicamente incapacitadas						
Otras cuestiones relacionadas con la protección jurídica de las PCD	Las PCD tienen derecho a ser protegidos contra toda explotación, trato abusivo o degradante bajo sanciones proporcionales al grado de discapacidad del damnificado (Art. 6.i)		A partir de la vigencia de la presente ley, la Junta Directiva del Banco de la República deberá tener en cuenta que todo papel moneda y moneda metálica que se emita, deberá diferenciarse de tal manera que pueda ser fácilmente distinguible por toda persona, sea esta normal o limitada (Art. 42)			

Bioética		El asesoramiento genético (Art. 13.2).			El CONADIS promueve y apoya actividades y programas científicos en el ámbito de la genética y da especial atención a la investigación y normas para el cuidado prenatal y perinatal (Art. 17).	
Derecho al voto						Las personas con discapacidad tienen derecho a la participación política. El Estado, mediante el uso de avances tecnológicos y de facilitación, garantizará que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales para el ejercicio del derecho al sufragio por parte de las personas con discapacidad sean apropiados, accesibles y fáciles de entender y utilizar en procura de su máxima independencia posible para emitir su voto en secreto y sin intimidación, en elecciones y referendos populares. De igual modo, tienen derecho a postularse como candidatos o candidatas en las elecciones, ostentar cargos y desempeñar cualquier función pública, sin menoscabo de los requisitos establecidos en otras leyes sobre la materia (Artículo 51)
Tratamiento del lenguaje de señas						El Estado garantizará el acceso de las personas sordas o con discapacidad auditiva a la educación bilingüe que comprende la enseñanza a través de la lengua de señas venezolana y el idioma castellano. El Estado reconoce la lengua de señas venezolana como parte del patrimonio lingüístico de la Nación y, en tal sentido, promoverá su planificación lingüística a través de los organismos competentes (Artículo 20)
Responsabilidad penal de las PCD						
REGISTRO						
Temas						
		Chile	Colombia			Venezuela
Sistema de diagnóstico y valoración		Las calificaciones sólo podrán ser efectuadas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) de los servicios de salud y por las entidades públicas y privadas que el Ministerio de Salud reconozca (Art.7). Las personas con discapacidad a que alude el artículo 3, podrán inscribirse o ser inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad, acompañando la certificación emitida por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez respectiva (Art. 12). El Registro Nacional de la Discapacidad, a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación, cuyo objetivo será reunir y mantener los antecedentes de las personas con discapacidad (Art. 46). El Registro Nacional de la Discapacidad deberá: 1-Inscribir a las PCD que lo soliciten y que acompañen el correspondiente certificado emitido por la respectiva Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez; 2-Inscribir a las personas naturales o jurídicas y a las organizaciones de rehabilitación, productivas, educativas, de capacitación, de beneficencia, gremiales, sindicales y en general, a todas las personas que se desempeñen o se relacionen	Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carnet de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carnet de afiliado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificarán a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente. Dicho carnet especificará el carácter de persona con limitación y el grado de limitación moderada, severa o profunda de la persona. Servirá para identificarse como titular de los derechos establecidos en la presente Ley (Art. 5).	La calificación de las personas con discapacidad será realizada por el Ministerio de Salud Pública y el INNFA a través de sus unidades autorizadas. En el caso de afiliados y jubilados, será el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, la calificación estará a cargo de sus unidades autorizadas. El CONADIS podrá conformar equipos calificadores cuando las entidades nombradas en el inciso precedente no puedan cubrir la demanda, o en el caso de zonas geográficas que no cuenten con unidades autorizadas. El CONADIS diseñará un sistema único de calificación que será de estricta observancia por parte de las instituciones señaladas como responsables de la calificación. Una vez calificadas, las PCD deberán inscribirse en el Registro Nacional de Discapacidades y obtener el carné del CONADIS (Art. 18).	Los Ministerios de Salud, Defensa y del Interior a través de sus centros hospitalarios y el Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy ESSALUD) son las autoridades competentes para declarar la condición de PCD y otorgarle el correspondiente certificado que lo acredite (Art. 11).La inscripción en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, a cargo del CONADIS, es de carácter gratuito y contendrá los siguientes aspectos y registros especiales: a) La filiación de las personas con discapacidad y sus familiares; b) Las entidades públicas y privadas que brinden atención, servicios y programas en beneficio de las personas con discapacidad; c) Las instituciones voluntarias sin fines de lucro que trabajen con o para las personas con discapacidad; d) Las organizaciones industriales, importadoras o comercializadoras de bienes y servicios especiales y compensatorios para personas con discapacidad. La información contenida en el Registro es de carácter confidencial. Sólo puede ser usada con fines estadísticos científicos y técnicos. (Art. 12.1) El Reglamento del CONADIS establece los requisitos	Art. 7.- La calificación de la discapacidad es competencia de profesionales, técnicos y técnicas, especializados y especializadas en la materia de discapacidad, en el área de competencia pertinente, adscritos al Sistema Público Nacional de Salud. La calificación de la discapacidad es consecuencia de evaluación individual o colectiva efectuada con el propósito de determinar la condición, clase, tipo, grado y características de la discapacidad. La certificación de la condición de persona con discapacidad, a los efectos de esta Ley, corresponderá al Consejo Nacional para Personas con Discapacidad, el cual reconocerá y validará las evaluaciones, informes y certificados de la discapacidad que una persona tenga, expedidos por especialistas con competencia específica en el tipo de discapacidad del cual se trate. Tal certificación será requerida a los efectos del goce de los beneficios y asignaciones económicas y otros derechos económicos y sociales otorgados por parte del Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con la ley. La calificación y certificación de la discapacidad laboral es competencia del INSA

Beneficios		Las PCD inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad, podrán celebrar el contrato de aprendizaje contemplado en el artículo 77 del Código del Trabajo, hasta la edad de 24 años (Art. 34). Todas personas que impetren derechos en conformidad con la presente ley deberán estar inscritas en el registro nacional de la discapacidad (Art. 47).		Las PCD que cuenten con carné o registro del CONADIS pagarán una tarifa preferencial del 50% en el transporte terrestre (urbano, parroquial o interprovincial; público o privado), así como servicios aéreos en rutas nacionales, fluvial, marítimo y ferroviario, los cuales serán prestados en las mismas condiciones que los demás pasajeros que pagan la tarifa completa. En el caso del transporte aéreo en rutas internacionales, la tarifa será conforme a lo establecido en los convenios internacionales respectivos, ratificados por el Ecuador (Art. 20).	Toda persona que disponga de la constancia de inscripción en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad tendrá derecho a un descuento de hasta 50 (cincuenta) por ciento sobre el valor de la entrada a los espectáculos culturales y deportivos organizados y/o auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura, el Instituto Nacional del Deporte y las Municipalidades (Art. 30).	Las exoneraciones, ayudas especiales, becas, subvenciones, donaciones y otros beneficios previstos por razones de discapacidad, requieren para su otorgamiento, la consignación en la solicitud correspondiente, del certificado de persona con discapacidad , expedido por el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. (Artículo 7).
Financiación						
Temas		Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS Y ATENCIÓN TEMPRANA (P. PRIMARIA)						
Salud	Es deber del Estado hacer respetar y fiscalizar el estricto cumplimiento de las disposiciones legales sobre higiene y seguridad industrial, así como destinar los recursos necesarios para evitar y prevenir las causas de discapacidad e incentivar a la comunidad para cooperar en la utilización de dichos recursos (Art.12).	El Estado adecuará el equipamiento y personal necesarios para asegurar entre las prestaciones médicas, las que se refieran a la prevención, fomentará la creación de centros públicos o privados de prevención. Canalizará recursos para colaborar en acciones de prevención a través de programas orientados a mejorar el acceso de la población discapacitada de escasos recursos a dichas acciones (Art. 15).	El Gobierno junto con el Comité Consultivo velará porque se tomen las medidas preventivas necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de limitación, evitando de este modo las consecuencias físicas y psicosociales posteriores que pueden llevar hasta la propia minusvalía, tales como: el control pre y post natal, el mejoramiento de las prácticas nutricionales, el mejoramiento de las acciones educativas en salud, el mejoramiento de los servicios sanitarios, la debida educación en materia de higiene y seguridad en el hogar, en el trabajo y en el medio ambiente, el control de accidentes, entre otras (Art. 7).	La presente ley establece un sistema de prevención de discapacidades (Art. 1 y 3.c). El Ministerio de Salud Pública determinará las políticas de prevención (Art. 19.b).	El Ministerio de Salud, en coordinación con el CONADIS, programa y ejecuta los planes de prevención primaria de las enfermedades y otras causas que generen discapacidad (Art. 15).	La atención integral a la salud de personas con discapacidad es responsabilidad del ministerio con competencia en materia de salud, que la prestará mediante el Sistema Público Nacional de Salud. El ministerio con competencia en materia de salud forma y acredita al personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para calificar la condición de discapacidad. Asimismo podrá emitir recomendaciones sobre organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad. (Artículo 10.)
Intervención temprana		La atención adecuada del embarazo, del parto y del recién nacido para evitar y detectar la deficiencia y discapacidad (Art. 13.1). La detección y registro de las malformaciones congénitas visibles en los recién nacidos (Art. 13.4).	Para tal efecto las Entidades Promotoras de Salud incluirán en su plan obligatorio de Salud las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación (Art 7).		El CONADIS en coordinación con los Ministerios de Salud, de Educación y de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, promueve, apoya, investiga y supervisa servicios de intervención temprana, dándole especial énfasis a la orientación familiar, difundiendo y apoyando métodos y procedimientos especializados (Art. 19).	Los establecimientos de salud, públicos y privados, están obligados a reportar al Sistema Nacional de Información en Salud el nacimiento de todo niño o niña con algún tipo de discapacidad. (Artículo 70). La rehabilitación y rehabilitación deben comenzar en la etapa más temprana posible, se fundamentarán en una evaluación multidisciplinaria de las necesidades y capacidades individuales, apoyándose en la participación de la familia y la comunidad e inclusión de la persona con discapacidad en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad. La rehabilitación y rehabilitación están a disposición de las personas con discapacidad, lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales. (Artículo 12).
Prevención para personas que ya tienen discapacidad y su seguimiento						El ministerio con competencia en materia de desarrollo social, a través del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, coordinará con otros órganos y entes, el diseño y ejecución de políticas preventivas pertinentes a la discapacidad. (Artículo 11).
Accidentes		...prevención en accidentes de tránsito, de trabajo y de enfermedades ocupacionales (Art. 13.6).			El CONADIS promueve y supervisa la aplicación de la normatividad de los programas de prevención en accidentes laborales y de contaminación ambiental que ocasionen enfermedades profesionales y generen discapacidad (Art. 34).	

Investigaciones científicas		Investigación de enfermedades metabólicas (Art. 13.3). El Estado fomentará la investigación (Art. 15).			En la ejecución de su política de prevención, el CONADIS en coordinación con las instituciones públicas correspondientes, realiza las investigaciones científicas necesarias para detectar las causas que ocasionan discapacidad en las diferentes zonas del país (Art.14.2).	
Medio ambiente						
Educación y fortalecimiento de la familia		De ser necesario, la asistencia en salud mental podrá extenderse a la familia (Art. 17).			...el Estado ofrecerá a la familia capacitación integral (educativa, deportiva, de salud, de incorporación laboral, etc.) para atender la presencia de alguna discapacidad en uno o varios miembros de la familia (Art. 4).	Los familiares de niños, niñas y adolescentes con discapacidad deben ser informados y educados adecuadamente acerca de la discapacidad de que se trate, y capacitados para ser coparticipes eficientes en las actividades educativas y formativas de ellas y ellos. (Artículo 18).
Enfoque comunitario						Los comités comunitarios de personas con discapacidad tendrán como objetivo fundamental las acciones dirigidas a la integración de personas con discapacidad a la comunidad y la participación en el mejoramiento de sus condiciones de vida (Artículo 50). Los comités comunitarios de personas con discapacidad son las organizaciones de participación y protagonismo pleno de las personas con discapacidad para ejercer funciones específicas, atender necesidades y desarrollar las potencialidades de las personas con discapacidad, así como también viabilizar, organizar y priorizar todas las ideas, propuestas, solicitudes, necesidades y aportes para que mediante sus voceros se presenten ante los Consejos Comunales y los Consejos Locales de Planificación Pública. Los miembros de estos comités tendrán carácter ad-honorem. (Artículo 49).
Financiación						El Estado aportará los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, a través de los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, con atribuciones en el ámbito de la prevención de accidentes, enfermedades, situaciones y condiciones que puedan tener como resultado discapacidades motoras, sensoriales o intelectuales. (Artículo 11).
Otros	Las PCD tienen derecho a participar en las decisiones sobre su tratamiento, dentro de sus posibilidades y medios (Art. 6.e) Los padres y tutores de personas con discapacidad están obligados a prestarles la atención y el cuidado necesarios, lo mismo que, procurar los medios adecuados para su mejor rehabilitación (Art. 11).					El Estado, con la participación y coordinación de los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, y todas las personas naturales y jurídicas de derecho privado, garantiza la seguridad y protección de las personas con discapacidad frente a situaciones de riesgo y emergencias, incluyendo conflictos armados, emergencias humanitarias y desastres naturales. A tal efecto, se diseñarán y adoptarán los programas y acciones adecuadas y eficaces para garantizar esta norma en condiciones de equidad y sin discriminación. (Artículo 15).
Atención y tratamiento (P. Secundaria)		La rehabilitación tiene por finalidad permitir a las personas que presentan una discapacidad física, síquica o sensorial, que dificulte su integración social, educativa o laboral, mediante el acceso a las prestaciones y servicios oportunos y necesarios, la recuperación de la funcionalidad y su mantenimiento. De no ser posible la completa recuperación, la acción rehabilitadora consistirá en desarrollar sus destrezas funcionales y en dotar de elementos alternativos para compensar dicha discapacidad (Art. 14).				

Tratamientos de salud		El Estado adecuará el equipamiento y personal necesarios para asegurar entre las prestaciones médicas, la rehabilitación médico funcional, fomentará la creación de centros públicos o privados, de rehabilitación. Canalizará recursos para colaborar en acciones de rehabilitación a través de programas orientados a mejorar el acceso de la población discapacitada de escasos recursos a dichas acciones (Art. 15).			El Ministerio de Salud, en coordinación con el CONADIS ejecuta y coordina con el IPSS y con los establecimientos de salud de los Ministerios de Defensa y del Interior, las acciones que permitan la atención de enfermedades establecidas para su prevención secundaria (Art. 15).	
Rehabilitación física y psicológica	Las PCD tiene derecho a su rehabilitación en centros especializados públicos y privados, con prestaciones especiales de salud, de acuerdo al tipo y grado de impedimento o discapacidad (Art. 6d)	Durante la rehabilitación se propenderá a la asistencia en salud mental, con el propósito que la persona sometida a ella desarrolle al máximo sus capacidades (Art. 17).		El Ministerio de Salud Pública establecerá los procedimientos de coordinación y supervisión para las unidades de salud pública a fin de que brinden los medios especializados de rehabilitación (Art. 19.b).		La habilitación y rehabilitación consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención a personas con discapacidad; su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento y afianzamiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas de las personas con discapacidad para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. (Artículo 12).
Ayudas técnicas y bio mecánicas		El financiamiento total o parcial de las ayudas técnicas o biomecánicas está a cargo del Fondo Nacional de la Discapacidad FONADIS para subsidiar la adquisición de prótesis, aparatos que es una persona jurídica de derecho público de carácter autónomo. El Estado fomentará la producción y la comercialización de ayudas técnicas (Art. 15). En aquellos casos que, en razón de la discapacidad, sea imprescindible el uso de prótesis, de órtesis o de otras ayudas técnicas para realizar las funciones propias de la vida diaria, para la educación o para el trabajo, la adquisición, conservación, adaptación y renovación de dichos aparatos se entenderá como parte del proceso de rehabilitación (Art. 16).	Los Municipios podrán destinar recursos de su participación en los ingresos Corrientes de la Nación para subsidiar la adquisición de prótesis, aparatos ortopédicos u otros elementos necesarios para la población con limitación y de escasos recursos, dentro de las atenciones del Plan Obligatorio de Salud (Art. 20). La Consejería Presidencial promoverá iniciativas para poner en marcha proyectos en cabeza de las entidades territoriales, las organizaciones no gubernamentales y la cooperación técnica internacional, de manera que toda persona limitada, durante su proceso de educación, capacitación, habilitación o rehabilitación según el caso, tenga derecho a que se le suministre los equipos y ayudas especiales requeridas para	El Estado concederá subsidios para acceder a asistencia técnica y provisión de ayudas técnicas y tecnológicas (Art. 4.f). El Estado impulsará a los servicios (necesarios) para la dotación, fabricación, mantenimiento o distribución de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas, que suplan o compensen las deficiencias. Las ayudas técnicas y tecnológicas serán entregadas obligatoriamente por el Estado y las instituciones de seguridad social, directamente, bajo convenio o contrato con otras instituciones públicas o privadas (Art. 4.i).	Las prótesis, aparatos ortopédicos y toda ayuda compensatoria para la rehabilitación física de las PCD serán proporcionados por los servicios de medicina física del Ministerio de Salud, con el apoyo y coordinación del CONADIS (Art. 18.1).	Toda persona con discapacidad, por sí misma o a través de quien legalmente tenga su guarda, custodia o probadamente le provea atención y cuidado, tiene derecho a obtener para uso personal e intransferible ayudas técnicas, definidas como dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales, para su mejor desenvolvimiento personal, familiar, educativo, laboral y social. (Artículo 14).
Medicamentos				El Estado dispondrá, a través del Ministerio de Salud Pública, la producción y distribución de medicamentos genéricos y esenciales, además de los insumos que se necesiten para la atención de deficiencias y discapacidades que requieran de un tratamiento prolongado (Art. 4.j).	Medicinas, drogas para la rehabilitación física de las PCD, serán proporcionados por los servicios de medicina física del Ministerio de Salud, con el apoyo y coordinación del CONADIS (Art.18.1).	
Enfoque comunitario						
Rehabilitación basada en la comunidad	La persona con discapacidad de acuerdo a los límites que le imponen los distintos tipos de discapacidad y minusvalía, deberá participar en el caso de los adultos, en las tareas comunes de la convivencia social y en la formulación de planes y programas					
Financiación						
Rehabilitación integral (P. Terciaria)	La persona que haya pasado por el proceso de rehabilitación sin haber alcanzado integralmente su rehabilitación, deberá ingresar a establecimientos especializados,					

Rehabilitación	Las PCD tiene derecho a ser habilitados y rehabilitados profesional y ocupacionalmente (Art.6.f). La persona que requiera de rehabilitación integral de acuerdo a su edad cronológica y a sus aptitudes, deberá ingresar a establecimientos especializados para recibir atención adecuada. En caso necesario recurrirá a las oficinas de Asistencia Social del Estado para realizar los trámites de admisión pertinentes (Art.7).		El Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que les permitan autorrealizarse, cambiar la calidad de sus vidas y a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad (Art. 18).		En cuanto a la prevención terciaria, el Ministerio de Salud en coordinación con el CONADIS ejecuta y promueve la ampliación de la cobertura de atención de las personas con discapacidad orientándose a la rehabilitación efectiva (Art. 15).	La habilitación y la rehabilitación de las personas con discapacidad son responsabilidad del Estado y serán provistas en instituciones educativas, de formación y capacitación ocupacional; en establecimientos y servicios de salud, en unidades de rehabilitación ambulatorias, de corta y larga estancia, las cuales están apropiadamente dotadas con personal idóneo, presupuesto adecuado y recursos materiales suficientes para un óptimo servicio. (Artículo 13).
Capacitación laboral	Las PCD tiene derecho a ser habilitados y rehabilitados profesional y ocupacionalmente (Art. 6f).					
Enfoque comunitario						
Rehabilitación basada en la comunidad						
Financiación						
EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES						
Temas		Chile	Colombia			Venezuela
Accesibilidad	A recibir las facilidades otorgadas por el Estado y las instituciones privadas para su libre movilidad y desplazamiento en las vías públicas, en recintos públicos y privados, en áreas de trabajo, deportivas y de esparcimiento, eliminando las barreras sociales, culturales, comunicacionales y arquitectónicas (Art. 6. j).		...vías, espacios públicos y del mobiliario urbano, así como en la construcción o reestructuración de edificios de propiedad pública o privada, medios de transporte o instalaciones complementarias de los mismos medios de comunicación deberán adecuarse, diseñarse y construirse de manera que se facilite el acceso y tránsito seguro de la población en general y en especial de las personas con limitación (Art. 43). La construcción, ampliación y reforma de los edificios abiertos al público y especialmente de las instalaciones de carácter sanitario se efectuarán de manera tal que ellos sean accesibles a todos los destinatarios de la presente ley. Las instalaciones y edificios ya existentes se adaptarán de manera progresiva, de acuerdo con las disposiciones previstas en el inciso anterior, de tal manera que deberá además contar con pasamanos al menos en uno de sus dos laterales. En todas las facultades de Arquitectura, Ingeniería y Diseño de la República de Colombia se crearán talleres para los futuros profesionales de la Arquitectura, los cuales serán evaluados y calificados con el objetivo primord	El Estado realizará acciones de eliminación de barreras físicas, psicológicas, sociales y comunicacionales (4.b). Se garantiza a las PCD la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, evitando y suprimiendo barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública que se destine a actividades que supongan el acceso de público, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad. La misma previsión deberá efectuarse en los edificios destinados a empresas privadas de servicio público, en los que exhiban espectáculos públicos y en las unidades sociales y recreativas para uso comunitario, que en adelante se construyan, reformen o modifiquen (Art.19.a).		Los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, y todas las personas naturales y jurídicas de derecho privado, que planifiquen, diseñen, proyecten, construyan, remodelen y adecuen edificaciones y medios urbanos y rurales en los ámbitos nacional, estatal y municipal deben cumplir con las normas de la Comisión Venezolana de Normas Industriales (COVENIN), así como las reglamentaciones técnicas sobre la materia provenientes de los organismos respectivos, relativas a la accesibilidad y transitabilidad de las personas con discapacidad. (Artículo 31).

<p>Adecuación del medio físico, vivienda, urbanística y arquitectónica</p>		<p>Las nuevas construcciones, ampliaciones e instalaciones, sean estas telefónicas, eléctricas, u otras reformas de edificios de propiedad pública o privada, destinados a un uso que implique la concurrencia de público así como también las vías públicas, parques, jardines y plazas, deberán efectuarse de manera que resulten accesibles y útiles sin dificultad para personas que se desplacen en sillas de ruedas (Art. 21). El Ministerio de Vivienda y Urbanismo reglamentará, dentro de su sistema de subsidios, el otorgamiento de ellos para adquirir y habilitar viviendas, y para la asignación de soluciones habitacionales, destinadas a ser habitual y permanentemente habitadas por una o más personas con discapacidad (Art. 22).</p>	<p>Las puertas principales de acceso de toda construcción, sea ésta pública o privada, se deberán abrir hacia el exterior o en ambos sentidos, deberán así mismo contar con manijas automáticas al empujar, y si son de cristal siempre llevarán franjas anaranjadas o blanco-fluorescente a la altura indicada. En toda construcción y en particular las de carácter educativo, sean éstas públicas o privadas, las puertas se abrirán hacia el exterior en un ángulo no inferior a 180 grados y deberán contar con escape de emergencia, debidamente instalados de acuerdo con las normas técnicas internacionales sobre la materia (Art. 48). Como mínimo un 10% de los proyectos elaborados por el Gobierno para la construcción de vivienda de interés social, se programarán con las características constructivas necesarias para facilitar el acceso de los destinatarios de la presente ley, así como el desenvolvimiento normal de sus actividades motrices y su integración en el núcleo en que habiten, rige también para los proyectos de vivienda de cualquier otra clase que se construyan o promuevan por entidades oficiales o privadas (Art. 49).</p>	<p>El Estado elaborará y aplicará la normativa sobre accesibilidad al medio físico en las edificaciones públicas y privadas de uso público, a cargo de los municipios (Art. 4.h).</p>	<p>Toda infraestructura de uso comunitario, público o privado, que se construya con posterioridad a la promulgación de la presente Ley deberá estar dotada de acceso, ambientes, corredores de circulación, e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad. Los propietarios y administradores de establecimientos, locales y escenarios donde se realicen actividades y/o espectáculos públicos, así como los organizadores de dichas actividades y/o espectáculos tienen la obligación de habilitar y acondicionar, para la realización de cada evento, acceso, áreas, ambientes y señalizaciones pertinentes para el desplazamiento de personas con discapacidad (Art. 44).</p>	<p>Las áreas comunes de zonas residenciales, los diseños interiores para uso educativo, deportivo, cultural, de atención en salud, centros de establecimientos y oficinas comerciales, sitios de recreación, turísticos y los ambientes urbanos tendrán áreas que permitan desplazamientos sin obstáculos ni barreras y el acceso seguro a los diferentes ambientes y servicios sanitarios a personas con discapacidad. (Artículo 31). Las personas con discapacidad tienen derecho a una vivienda adecuada. El Estado, a los efectos de la protección social, desarrollará los proyectos arquitectónicos de vivienda que se fundamentarán en las necesidades propias de las personas con discapacidad. Los organismos públicos del Sistema Nacional de Vivienda y Hábitat otorgarán facilidades a las personas con discapacidad para el acceso a las políticas sociales y recibir créditos para la construcción, adquisición o remodelación de la vivienda. (Artículo 36).</p>
<p>Lugares de trabajo</p>						
<p>Parqueos públicos</p>		<p>Los establecimientos comerciales, industriales y de servicios, públicos o privados, los que exhiban espectáculos artísticos, culturales o deportivos y los edificios destinados a un uso que implique la concurrencia de público y, que cuenten con estacionamientos para vehículos, reservarán un número suficiente de ellos, para el uso de las personas con discapacidad (Art. 25).</p>	<p>Los automóviles así como cualquier otra clase de vehículos conducidos por una persona con limitación, siempre que lleven el distintivo, nombre o iniciales respectivos, tendrán derecho a estacionar en los lugares específicamente demarcados con el símbolo internacional de accesibilidad. Lo mismo se aplicará para el caso de los vehículos pertenecientes a centros educativos especiales o de rehabilitación (Art. 60). Todos los sitios abiertos al público como centros comerciales, nuevas urbanizaciones y unidades residenciales, deberán disponer de acceso y en especial de sitios de parqueo para las personas a que se refiere la presente ley, de acuerdo a dimensiones adoptadas internacionalmente en un número de por lo menos el 2% del total. Deberán así mismo estar diferenciados por el símbolo internacional de la accesibilidad (Art. 62).</p>		<p>Las Municipalidades dispondrán la reserva de ubicaciones en cada parqueo público para vehículos conducidos o que transportan personas con discapacidad. El CONADIS supervisará el cumplimiento de esta disposición y fijará, según el Reglamento de la presente Ley, las multas a quienes las infrinjan (Art. 46).</p>	<p>Los estacionamientos de uso público y privado tendrán espacios exclusivos para vehículos que transporten o sean conducidos por personas con discapacidad físico-motora, ubicados inmediatamente a las entradas de las edificaciones o ascensores, en las cantidades que la ley o norma al respecto establezcan. (Artículo 32).</p>
<p>Transporte público</p>	<p>Las empresas de transporte terrestre, aéreo, lacustre y fluvial, sean públicas o privadas, darán las máximas facilidades a las personas con discapacidad para llevar consigo y sin recargo alguno, sus equipos biomecánicos, las sillas de ruedas y otros implementos necesarios, así como perros lazarillos (Art. 16).</p>	<p>Todos los medios de transporte público de pasajeros, con la sola excepción de los vehículos de alquiler, asegurarán asientos de fácil acceso para ser usados por personas con discapacidad, señalándolos convenientemente. El número de asientos preferentes será de a lo menos uno por cada diez (Art. 23).</p>	<p>En todo complejo vial y/o medio de transporte masivo, incluidos los puentes peatonales, túneles o estaciones que se construyan en el territorio nacional, se deberá facilitar la circulación de las personas a que se refiere la presente ley, planeando e instalando rampas o elevadores con acabados de material antideslizante que permitan movilizarse de un lugar a otro y deberán contar con la señalización respectiva (Art. 55). Las empresas de carácter público, privado o mixto cuyo objeto sea el transporte aéreo, terrestre, marítimo, ferroviario o fluvial, deberán facilitar sin costo adicional alguno para la persona con limitación, el transporte de los equipos de ayuda biomecánica, sillas de ruedas u otros implementos directamente relacionados con la limitación, así como los perros guías que acompañen las personas con limitación visual. Así mismo se deberán reservar las sillas de la primera fila para las personas con limitación, en caso de que en el respectivo viaje se encuentre como pasajero alguna persona limitada (Art. 59). Disponer lo necesa</p>	<p>Las personas con discapacidad tienen derecho a la utilización normal del transporte público, para lo cual las compañías, empresas o cooperativas de transporte progresivamente implementarán unidades libres de barreras y obstáculos que garanticen el fácil acceso y circulación en su interior de personas con movilidad reducida y, deberán contar en todas sus unidades con dos asientos identificados con el símbolo internacional de discapacidad (Art. 19.e).</p>	<p>El CONADIS coordinará con el Ministerio de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción y las Municipalidades a fin de que los vehículos de transporte público reserven asientos preferenciales cercanos y accesibles para el uso de personas con discapacidad (Art. 45).</p>	<p>Los terminales de vehículos automotores, las estaciones de ferrocarril, metro, trolebús o de cualesquiera otros medios de transporte terrestre, subterráneo o de superficie, los puertos y los aeropuertos públicos y privados tendrán accesibilidad, orientación e información necesarias para su uso por personas con discapacidad y movilidad reducida. Además, deben ofrecer para su uso, traslado interno adecuado a las personas con discapacidad dentro de las instalaciones. (Artículo 41). Las empresas públicas, privadas y los particulares que presten servicios de transporte colectivo de pasajeros y pasajeras, deben destinar en cada una de sus unidades, por lo menos un puesto, adaptado para personas con discapacidad con seguridad de sujeción inmovilizadora. Tales puestos serán identificados con el símbolo internacional de discapacidad y podrán ser ocupados, mientras no haya alguna persona con discapacidad que requiera su uso. (Artículo 37). Las unidades de transporte colectivo a que se refiere el artículo 37 de esta Ley deben poseer estribos, escalones y agarraderos, así como ramp</p>

Telecomunicaciones y comunicación social, lenguaje de señas.		El Consejo Nacional de Televisión dictará las normas para que el Sistema Nacional de Televisión ponga en aplicación mecanismos de comunicación audiovisual que proporcionen información a la población con discapacidad auditiva en los informativos (Art. 19).	Las emisiones televisivas de interés cultural e informativo en el territorio nacional, deberán disponer de servicios de intérpretes o letras que reproduzcan el mensaje para personas con limitación auditiva (Art. 67).	La Superintendencia de Telecomunicaciones, en coordinación con las asociaciones de medios de comunicación nacional y el CONADIS, promoverán la eliminación de barreras en la comunicación, respecto a la difusión de información y la incorporación de recursos tecnológicos y humanos que permitan la recepción de los mensajes y el acceso a los sistemas de comunicación y señalización, como lengua de señas ecuatorianas, generación de caracteres, sistema Braille, u otros que permitan a las personas con discapacidad el derecho a la información y comunicación. Los medios de comunicación social televisivos deberán progresivamente incorporar en sus noticieros la interpretación de lengua de señas ecuatoriana o generación de caracteres para que las personas sordas tengan acceso a la información, al igual que los programas producidos por entidades públicas (Art.19.f).		
Financiación			El Gobierno Nacional dictará las normas mediante las cuales se regulen líneas de crédito especiales, así como las condiciones requeridas para la concesión de subsidios que financien la rehabilitación de las viviendas (Art 51).			
otros			En las edificaciones de varios niveles que no cuenten con ascensor, existirán rampas con las especificaciones técnicas y de seguridad adecuadas (Art. 53). Toda construcción temporal o permanente que pueda representar un peligro para las personas con limitación, deberá estar provista de la protección correspondiente y de la adecuada señalización (Art. 54). Todos los sitios abiertos al público, de carácter recreacional o cultural, como teatros y cines, deberán disponer de espacios localizados al comienzo o al final de cada fila central, para personas en sillas de ruedas. Para estos efectos se utilizará un área igual a la de una silla de teatro y no se dispondrá de más de dos espacios contiguos en la misma fila. La determinación del número de espacios de esta clase, será del dos por ciento de la capacidad total del teatro. Un porcentaje similar se aplicará en los vestuarios de los centros recreacionales para las personas en silla de ruedas (Art. 56)			Las personas con discapacidad que tengan como acompañantes y auxiliares animales entrenados para sus necesidades de apoyo y servicio, debidamente identificados y certificados como tales, tienen derecho a que permanezcan con ellos y las acompañen a todos los espacios y ambientes donde se desenvuelvan. Por ninguna disposición privada o particular puede impedirse el ejercicio de este derecho en cualquier lugar privado o público, donde se permita el acceso de personas. (Artículo 34).
EDUCACION Y FORMACIÓN PROFESIONAL						
Temas		Chile	Colombia			Venezuela
Aspectos cubiertos						
No discriminación	A recibir educación en todos los ciclos o niveles sin ninguna discriminación, en establecimientos públicos y privados, de acuerdo al tipo y grado de discapacidad (6.g).	Los establecimientos educacionales, organismos públicos y privados de capacitación, deberán adecuar los mecanismos de selección en todo cuanto sea necesario para permitir la participación de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades (Art. 18).	Nadie podrá ser discriminado por razón de su limitación, para acceder al servicio de educación ya sea en una entidad pública o privada y para cualquier nivel de formación (Art. 11).		No podrá negarse el acceso a un centro educativo por razones de discapacidad física, sensorial o mental, ni tampoco ser retirada o expulsada por este motivo. Es nulo todo acto que, basado en motivos discriminatorios, afecte de cualquier manera la educación de una persona con discapacidad (Art. 23.2).	Toda persona con discapacidad tiene derecho a asistir a una institución o centro educativo para obtener educación, formación o capacitación. No deben exponerse razones de discapacidad para impedir el ingreso a institutos de educación regular básica, media, diversificada, técnica o superior, formación preprofesional o en disciplinas o técnicas que capaciten para el trabajo. No deben exponerse razones de edad para el ingreso o permanencia de personas con discapacidad en centros o instituciones educativas de cualquier nivel o tipo. (Artículo 16)

Inclusión		Los establecimientos públicos y privados del sistema de educación regular deberán incorporar las innovaciones y adecuaciones curriculares necesarias para permitir y facilitar, a las personas que tengan necesidades educativas especiales, el acceso a los cursos o niveles existentes, brindándoles la enseñanza complementaria que requieran para asegurar su permanencia y progreso en dicho sistema (Art. 27).	El Estado Colombiano en sus Instituciones de Educación Pública garantizará el acceso a la educación y capacitación en los niveles primario, secundario, profesional y técnico para las personas con limitación, quienes para ello dispondrán de una formación integral dentro del ambiente más apropiado a sus necesidades especiales (Art. 10). El gobierno nacional promoverá la integración de la población con limitación a las aulas regulares en establecimientos educativos que se organicen directamente o por convenio con entidades gubernamentales y no gubernamentales (Art. 11).	Acceso a la educación regular en establecimientos públicos y privados en todos los niveles del sistema educativo nacional, con los apoyos necesarios (Art. 19.c).	Los establecimientos educativos de cualquier nivel, así como los organismos públicos y privados de capacitación que ofrezcan cursos y carreras profesionales y técnicas, adecuarán los procedimientos de ingreso para que permitan el acceso de las personas con discapacidad (Art. 25). Las universidades públicas y privadas, dentro del marco de su autonomía, implementarán programas especiales de admisión para personas con discapacidad (Art. 26.1).	El Estado regulará las características, condiciones y modalidades de la educación dirigida a personas con discapacidad, atendiendo a las cualidades y necesidades individuales de quienes sean cursantes o participantes, con el propósito de brindar, a través de instituciones de educación especializada, la formación y capacitación necesarias, adecuadas a las aptitudes y condiciones de desenvolvimiento personal, con el propósito de facilitar la inserción en la escuela regular hasta el nivel máximo alcanzable en el tipo y grado de discapacidad específica. (Artículo 18).
Acceso y calidad de la Educación Especial		Cuando la naturaleza y/o grado de la discapacidad no haga posible la señalada integración a los cursos ordinarios, la enseñanza especial se impartirá en clases especiales dentro del mismo establecimiento educacional. Sólo excepcionalmente, en los casos en que los equipos del Ministerio de Educación a que se refiere el artículo 28 lo declaren indispensable, la incorporación a la educación se hará en escuelas especiales por el tiempo que sea necesario (Art. 27). La necesidad de las PCD de acceder a la educación especial, la modalidad y el establecimiento pertinente, el tiempo, se determinará sobre la base de los informes emanados de los equipos multiprofesionales del Ministerio de Educación, sin perjuicio de las facultades que esta ley otorga a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez y de los certificados que ellas emitan (Art. 28).		Servicios de educación especial y específica para aquellos que no puedan asistir a establecimientos regulares de educación en razón del grado y características de su discapacidad (Art. 19.c). El Estado reconoce el derecho de las personas sordas al uso de la "Lengua de Señas Ecuatoriana", a la educación bilingüe u oralista y, auspicia la investigación y difusión de las mismas (Art. 19).		Las personas con discapacidad que no puedan recibir educación básica contarán con servicios apropiados que garanticen su desarrollo y bienestar, incluyendo los brindados en los centros de enseñanza especializada. Quienes deban permanecer en escuelas especializadas por el grado de su discapacidad intelectual, deben ser atendidos, independientemente de su edad cronológica. (Artículo 18).
Materiales didácticos, bibliotecas y otros		Las bibliotecas de acceso público deberán contar gradualmente con material y facilidades destinados a no videntes (Art. 20). El Ministerio de Educación establecerá mecanismos especiales y adaptará los programas a fin de facilitar el ingreso a la educación formal o a la capacitación de las personas que, a consecuencia de su discapacidad, no hayan iniciado o concluido su escolaridad obligatoria (Art. 32).	Se adoptarán las acciones pedagógicas necesarias para integrar académica y socialmente a los limitados en el marco de un Proyecto Educativo Institucional. Las entidades territoriales y el Gobierno Nacional, a través del Sistema Nacional de Cofinanciación, apoyarán estas instituciones en el desarrollo de los programas establecidos en este capítulo y las dotará de los materiales educativos que respondan a las necesidades específicas según el tipo de limitación que presenten los alumnos (Art. 11). Para efectos de lo previsto en este capítulo, el Gobierno Nacional deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente menos restrictivo para la formación integral de las personas con limitación (Art. 12). El Ministerio de Educación Nacional establecerá el diseño, producción y difusión de materiales educativos especializados (Art. 13). Las bibliotecas públicas y privadas tendrán servicios especiales que garanticen el acceso para las personas con limitación (Art. 15).		Los Centros Educativos Regulares y Centros Educativos Especiales contemplarán dentro de su proyecto curricular de centro, las necesarias adaptaciones curriculares que permitan dar una respuesta educativa pertinente a la diversidad de alumnos, incluyendo a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales. El Ministerio de Educación formulará las directivas del caso (Art. 22). El CONADIS coordinará lo necesario para que las bibliotecas públicas y privadas, inicien los programas de implementación de material de lectura con el sistema Braille, el libro hablado y otros elementos técnicos que permitan la lectura de personas con discapacidad visual, auditiva o parálisis motora (Art.24).	El Estado ofrecerá, a través de las instituciones dedicadas a la atención integral de personas con discapacidad, cursos y talleres dirigidos a reorientar, capacitar oralmente en el uso de la lengua de señas venezolana, a enseñar lectoescritura a las personas sordas o con discapacidad auditiva; el uso del sistema de lectoescritura Braille a las personas ciegas o con discapacidad visual, a las sordociegas y a los ambliopes. Así como también, capacitarlos en el uso de la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia escritos o auditivos de fácil acceso, los medios de voz digitalizadas y otros sistemas de comunicación; en el uso del bastón, en orientación y movilidad para su desenvolvimiento social y otras formas de capacitación y educación. (Artículo 20)
Promoción de deportes y reconocimiento deportivo			El Gobierno, a través de COLDEPORTES, organizará y financiará el desarrollo de eventos deportivos y de recreación a nivel nacional para la participación de personas con limitación, así como para aquellas organizaciones que les prestan servicios en eventos de esta naturaleza a nivel internacional (Art. 30). Los campos y escenarios deportivos públicos deberán ser facilitados a los organismos oficiales o privados que se dediquen a la educación, habilitación y rehabilitación de personas con limitación, previa solicitud por escrito ante COLDEPORTES o las juntas administradoras del deporte. Estos organismos facilitarán y coordinarán el uso de dichos campos y escenarios deportivos por parte de la población con limitación (Art. 40).	El Estado fomenta, coopera y apoya a las actividades deportivas y recreacionales de las personas con discapacidad (4.K).	El CONADIS, en coordinación con el Instituto Peruano del Deporte promueve el desarrollo de la actividad deportiva de la persona con discapacidad, disponiendo para ello de expertos, equipos y municipios, formulará políticas públicas, infraestructura adecuados para su práctica (Art. 27). El CONADIS promoverá, en coordinación con el Instituto Peruano del Deporte la creación de las correspondientes Federaciones Deportivas Especiales (Art. 28). Los deportistas con discapacidad que obtengan triunfos olímpicos y mundiales en sus respectivas disciplinas, serán reconocidos por el IPD y el Comité Olímpico Peruano en la misma forma con que se reconoce a los atletas y deportistas triunfadores sin discapacidad (Art. 29).	El Estado, a través del ministerio con competencia en materia de educación y deportes, en coordinación con los estados y municipios, formulará políticas públicas, desarrollará programas y acciones para la inclusión e integración de las personas con discapacidad a la práctica deportiva, mediante facilidades administrativas y las ayudas técnicas, humanas y financieras, en sus niveles de desarrollo nacional e internacional. (Artículo 25).

Promoción cultural			El Gobierno, a través de las instituciones que promueven la cultura, suministrará los recursos humanos, técnicos y económicos que faciliten el desarrollo artístico y cultural de la persona con limitación (Art. 15). Los escenarios culturales de propiedad de la Nación o de cualquier otra entidad pública, deberán ser facilitados a las entidades oficiales o privadas dedicadas a la educación, rehabilitación y capacitación de personas con limitación o sus organizaciones, previa solicitud en tal sentido ante COLCULTURA o las entidades regionales correspondientes (Art. 41).	El Estado fomenta, coopera y apoya a las actividades culturales de las PCD (Art. 4. K).		El Estado, a través del ministerio con competencia en materia de cultura, formulará políticas públicas, desarrollará programas y acciones a los fines de promover y apoyar para que las personas con discapacidad puedan acceder y disfrutar de actividades culturales, recreativas, artísticas y de esparcimiento, así como también la utilización y el desarrollo de sus habilidades, aptitudes y potencial artístico, creativo e intelectual. (Artículo 24).
Créditos y beneficios especiales			El Ministerio de Educación Nacional y el ICES establecerán los procedimientos y mecanismos especiales que faciliten a las personas con limitaciones físicas y sensoriales, la presentación de exámenes de estado y, conjuntamente con el ICETEX, facilitará el acceso a créditos educativos y becas a quienes llenen los requisitos previstos por el Estado para tal efecto. Así mismo, COLDEPORTES promoverá y dará apoyo financiero con un porcentaje no inferior al 10% de sus presupuestos regionales a las entidades territoriales para el desarrollo de programas de recreación y deporte dirigidos a la población limitada física, sensorial y psíquicamente. Estos programas deberán ser incluidos en el Plan Nacional del Deporte, recreación y educación física (Art. 14).	El Estado concederá becas para educación, formación profesional y capacitación (4.e). Las personas con discapacidades tendrán una exoneración del 50% en las tarifas de los espectáculos públicos (Art. 20).	Toda persona que disponga de la constancia de inscripción en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad tendrá derecho a un descuento de hasta 50 (cincuenta) por ciento sobre el valor de la entrada a los espectáculos culturales y deportivos organizados y/o auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura, el Instituto Nacional del Deporte y las Municipalidades (Art 30). Los centros educativos y los centros de capacitación técnica y profesional, siempre que se dediquen a la instrucción y/o capacitación de personas con discapacidad, accederán preferentemente a los créditos y otros beneficios tributarios establecidos (Art. 48).	
Acceso a los beneficios de la ciencia y tecnología.						
Currículo de formación docente			El Ministerio de Educación Nacional establecerá estrategias de capacitación y actualización para docentes en servicio (Art. 13).			Los ministerios con competencia en materia de educación, deportes, salud, desarrollo social, economía popular y de trabajo son responsables del diseño, coordinación y ejecución de los programas de educación, formación y desarrollo progresivo del recurso humano necesario para brindar atención integral a las personas con discapacidad. (Artículo 22).
Orientación profesional			Para estos efectos las entidades públicas y privadas que tengan por objeto la formación y capacitación de profesionales de la educación, la salud, trabajadores sociales, psicólogos, arquitectos, ingenieros, o cualquier otra profesión que pueda tener injerencia en el tema, deberán incluir en sus currículos temáticas referentes a la atención y prevención de las enfermedades y demás causas de limitación y minusvalías (Art. 8).			El Estado, a través del sistema de educación regular, debe incluir programas permanentes relativos a las personas con discapacidad, en todos sus niveles y modalidades, los cuales deben impartirse en instituciones públicas y privadas, con objetivos educativos que desarrollen los principios constitucionales correspondientes. Asimismo, debe incluirse la educación, formación y actividades especiales en relación con la prevención de la discapacidad. (Artículo 21).
Apoyo psicológico						
Educación de adultos						No deben exponerse razones de edad para el ingreso o permanencia de personas con discapacidad en centros o instituciones educativas de cualquier nivel o tipo. (Artículo 16).
Orientación a padres			Los servicios de orientación familiar, tendrán como objetivo informar y capacitar a las familias, así como entrenarlas para atender la estimulación de aquellos de sus miembros que adolezcan de algún tipo de limitación, con miras a lograr la normalización de su entorno familiar como uno de los elementos preponderantes de su formación integral (Art. 36).			Los familiares de niños, niñas y adolescentes con discapacidad deben ser informados y educados adecuadamente acerca de la discapacidad de que se trate, y capacitados para ser coparticipes eficientes en las actividades educativas y formativas de ellas y ellos. (Artículo 18).
Participación en el sistema educativo						Las personas naturales o jurídicas podrán brindar educación especializada, formación y capacitación a personas con discapacidad, previo cumplimiento de los requisitos establecidos para ello, con autorización, bajo la orientación, supervisión y control del ministerio con competencia en materia de educación. (Artículo 19)
Financiación						

otros						El Estado promoverá la salud y calidad de vida, dando prioridad a la educación para la prevención de la discapacidad en todos los niveles y modalidades educativas y a la colectividad en general, ... (Artículo 17). Los medios de difusión de prensa, radio y televisión, privados, oficiales y comunitarios, en todo el territorio nacional, transmitirán y publicarán mensajes dirigidos a la prevención de enfermedades y accidentes discapacitantes y la difusión de mensajes sobre discapacidad, a requerimiento del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, según lo establecido en la Ley de Responsabilidad Social en Radio y Televisión. (Artículo 23).
EMPLEO Y PROMOCION EMPRESARIAL DE LAS PCD						
Temas		Chile	Colombia			Venezuela
Aspectos cubiertos						
No discriminación	Toda persona con discapacidad, postulante a un empleo, tendrá igualdad de oportunidades. Al igual que cualquier otro habitante, presentará su solicitud de empleo cumpliendo los requisitos y formalidades necesarias que le permitan ser calificado con respecto a su competencia para realizar el trabajo al que postula. Cualquier discriminación que perjudique sus intereses, el postulante podrá elevar su queja a la autoridad competente (Art.10).		Las personas discapacitadas, gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación laboral aplicable prevé para el trabajador normal (Art. 10). En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el campo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de trabajo (Art. 26).	Las PCD tienen derecho a no ser discriminados por su condición en todas las prácticas referidas al empleo, en cuanto a su aplicación, selección, contratación, capacitación, despido e indemnización de personal y en cuanto a todos los demás términos condiciones y privilegios de los trabajadores (Art. 19 inciso "d").	...nadie puede ser discriminado por ser PCD, en el acceso, la permanencia y/o en general las condiciones en el empleo de la PCD. (Art. 31.2).	El ministerio con competencia en materia de trabajo, con la participación del ministerio con competencia en materia de desarrollo social, formulará políticas sobre formación para el trabajo, empleo, inserción y reinserción laboral, readaptación profesional y reorientación ocupacional para personas con discapacidad, y lo que correspondan a los servicios de orientación laboral, promoción de oportunidades de empleo, colocación y conservación de empleo para personas con discapacidad. (Artículo 26). No podrá oponerse argumentación alguna que discrimine, condicione o pretenda impedir el empleo de personas con discapacidad. (Artículo 28)
Formación profesional		El Estado, a través de los organismos pertinentes, promoverá la capacitación laboral de las personas con discapacidad, creando programas especiales con el fin de permitir e incrementar su inserción al trabajo (Art. 33). El Estado, a través de los organismos respectivos, velará porque los programas de capacitación dirigidos a las personas con discapacidad se formulen y lleven a cabo de acuerdo a las necesidades de éstas y a los requerimientos y posibilidades del mercado de trabajo (Art. 36). La capacitación laboral de las personas con discapacidad comprenderá, además de la formación laboral, la orientación profesional, que deberá otorgarse teniendo en cuenta la evaluación de las capacidades reales del beneficiario, la educación efectivamente recibida y sus intereses, teniendo presente el respectivo informe de diagnóstico (Art. 38).	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA realizará acciones de promoción de sus cursos entre la población con limitación y permitirá el acceso en igualdad de condiciones de dicha población, previa valoración de sus potencialidades a los diferentes programas de formación (Art. 23). Las entidades públicas podrán establecer convenios de formación y capacitación profesional con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, con las Universidades, Centros Educativos, Organizaciones no Gubernamentales o con instituciones especializadas para preparar a las personas con limitación, según los requisitos y aptitudes exigidas para el cargo y según el grado de especialización del mismo (Art. 28).	El Estado garantiza el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las PCD mediante las acciones de formación, capacitación e inserción en el sector laboral formal e informal; así como, otras modalidades de trabajo, pequeña industria y microempresa, talleres protegidos, trabajo en el domicilio, autoempleo, etc. (Art. 4° inciso "c"). Por otro lado el Servicio de Capacitación Profesional - SECAP y más entidades de capacitación deben incorporar a las PCD a sus programas regulares de formación y capacitación, y en coordinación con el Ministerio de Trabajo y la asesoría del CONADIS establecerán programas especiales en casos que así lo justifiquen (Art. 19° inciso "f"). Además, mediante Acuerdo Ministerial N° 209. RO/7 de 20-08-96, se estableció que el Estado a través del Ministerio de Trabajo comprometerá su intervención y concurso dirigidos a la formación, adiestramiento y readaptación profesional de las PCD, considerando sus potencialidades y habilidades de acuerdo a las demandas ocupacionales del mercado laboral ecuatoriano.	El CONADIS coordina y supervisa la ejecución de planes permanentes de capacitación, actualización de reconversión profesional y técnica, para las PCD dirigidos a facilitar la obtención, conservación y progreso laboral dependiente o independiente (Art. 32).	El Estado, a través de los ministerios con competencia en materia del trabajo, educación y deportes, economía popular y cultura, además de otras organizaciones sociales creadas para promover la educación, capacitación y formación para el trabajo, establecerán programas permanentes, cursos y talleres para la participación de personas con discapacidad, previa adecuación de sus métodos de enseñanza al tipo de discapacidad que corresponda. (Artículo 27)

<p>Inclusión en empleos regulares e incentivos para la contratación</p>	<p>El empleador que contrate y/o emplee a personas con discapacidad, recibirá el reconocimiento del Estado... (Art. 14).</p>	<p>El Estado, a través de sus organismos pertinentes, creará condiciones y velará por la inserción laboral de las personas con discapacidad a objeto de asegurar su independencia, desarrollo personal, ejercicio del derecho a constituir una familia y a gozar de una vida digna (Art. 37).</p>	<p>Los particulares empleadores que vinculen laboralmente a personas con limitación tendrán las siguientes garantías: a) A que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente Ley debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad a un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación; prelación en el otorgamiento de créditos y subvenciones de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa y permanente de personas con limitación. Las entidades estatales que cuenten con conmutadores telefónicos, proferirán en igualdad de condiciones para su operación a personas con limitaciones diferentes a las auditivas debidamente capacitadas para el efecto (Art. 30).</p>		<p>Las entidades públicas o privadas, que empleen PCD, obtendrán deducción de la renta bruta sobre las remuneraciones que se paguen a estas personas, en un porcentaje adicional que será fijado por el MEF (Art. 35); 15 puntos de bonificación para contratación en empresas públicas a favor de las PCD (Art. 36).</p>	<p>Los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, así como las empresas públicas, privadas o mixtas, deberán incorporar a sus planteles de trabajo no menos de un cinco por ciento (5 %) de personas con discapacidad permanente, de su nómina total, sean ellos ejecutivos, ejecutivas, empleados, empleadas, obreros u obreras. (Artículo 28)</p>
<p>Servicios de información y colocación laboral</p>			<p>A través de los servicios de información para el empleo, se establecerá una línea de orientación laboral que permita relacionar las capacidades del beneficiario y su adecuación con la demanda laboral (Art. 23).</p>	<p>Los servicios públicos de colocaciones del Ministerio de Trabajo fomentarán la inserción laboral de las personas con discapacidad (Art. 19).</p>		<p>La promoción, planificación y dirección de programas de educación, capacitación y recapacitación, orientados a la inserción y reinserción laboral de personas con discapacidad, corresponde a los ministerios con competencia en materia del trabajo, educación y deportes y economía popular, con la participación del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. (Artículo 30)</p>
<p>Otras medidas de acción afirmativa</p>		<p>...empleadores y en general toda persona o institución, cualquiera que fuere su naturaleza, que ofrezca empleos, llamados a concurso y otros similares, exigiendo la rendición de exámenes u otros requisitos análogos, deberán adecuar los mecanismos de selección en todo cuanto sea necesario para permitir la participación de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades (Art.18).</p>	<p>El Gobierno establecerá programas de empleo protegido para aquellos casos en que la disminución padecida no permita la inserción al sistema competitivo (Art. 22). En los concursos que se organicen para el ingreso al servicio público, serán admitidas en igualdad de condiciones las personas con limitación, y si se llegará a presentar un empate, se preferirá entre los elegibles a la persona con limitación, siempre y cuando el tipo o clase de limitación no resulten extremo incompatible o insuperable frente al trabajo ofrecido, luego de haberse agotado todos los medios posibles de capacitación (Art. 27). Los empleadores que ocupen trabajadores con limitación no inferior al 25% comprobada y que estén obligados a presentar declaración de renta y complementarios, tienen derecho a deducir de la renta el 200% del valor de los salarios y prestaciones sociales pagados durante el año o período gravable a los trabajadores con limitación, mientras esta subsista (Art. 31). Las PCD que se encuentren laborando en talleres de trabajo protegido no podrán ser remuneradas por debajo del 50% del salario mínimo.</p>	<p>El Estado realizará acciones de adaptación, readaptación, restitución y reubicación laboral de los trabajadores que adquieran la discapacidad como producto de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo u otras causas, tanto en el sector público como privado (4.d). Tratamiento preferente en la obtención de créditos a través de las instituciones del sistema financiero (4.g). Las instituciones públicas, privadas y mixtas están obligadas a adecuar sus requisitos y mecanismos de selección de empleo para facilitar la participación de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades y equidad de género (Art. 19).</p>		<p>Las personas con discapacidad intelectual deben ser integradas laboralmente, de acuerdo con sus habilidades, en tareas que puedan ser desempeñadas por ellas, de conformidad con sus posibilidades, bajo supervisión y vigilancia. A tal efecto, el ministerio con competencia en materia del trabajo formulará y desarrollará políticas, planes y estrategias para garantizar este derecho. (Artículo 29). Los cargos que se asignen a personas con discapacidad no deben impedir su desempeño, presentar obstáculos para su acceso al puesto de trabajo, ni exceder de la capacidad para desempeñarlo. Los trabajadores o las trabajadoras con discapacidad no están obligados u obligadas a ejecutar tareas que resulten riesgosas por el tipo de discapacidad que tengan. (Artículo 28).</p>
<p>Accesibilidad física y ergonómica</p>		<p>Se procurará que los materiales y elementos utilizados se adapten para el uso y beneficio de quienes presenten discapacidad (Art. 35).</p>				<p>Los órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, y todas las personas naturales y jurídicas de derecho privado, que planifiquen, diseñen, proyecten, construyan, remodelen y adecuen edificaciones y medios urbanos y rurales en los ámbitos nacional, estatal y municipal deben cumplir con las normas de la Comisión Venezolana de Normas Industriales (COVENIN), así como las reglamentaciones técnicas sobre la materia provenientes de los organismos respectivos, relativas a la accesibilidad y transitabilidad de las personas con discapacidad. (Artículo 31).</p>

<p>Promoción de empresas de las PCD</p>	<p>El Ministerio de Trabajo promoverá la creación de incentivos de diversa índole para las empresas, asociaciones y grupos de auto ayuda productivos, formados por personas con discapacidad (Art. 15).</p>		<p>Las entidades estatales de todo orden, preferirán en igualdad de condiciones, los productos, bienes y servicios que les sean ofrecidos por entidades sin ánimo de lucro constituidas por las personas con limitación (Art. 30). El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Desarrollo (Instituto de Fomento Industrial -IFI-), establecerá líneas de créditos blandos para el funcionamiento y constitución de pequeñas y medianas empresas cualquiera que sea su forma JURÍDICA, dedicadas a la producción de materiales, equipos, accesorios, partes o ayudas que permitan a las personas con limitación desarrollar actividades cotidianas, o que les sirva para la prevención, restauración o corrección de la correspondiente limitación o que sean utilizadas para la práctica deportiva o recreativa de estas personas. Para tener acceso a estas líneas de crédito dichas empresas deberán ser propiedad de una o más personas limitadas y su planta de personal estará integrada en no menos del 80 % por personas con limitación (Art. 34).</p>	<p>El Estado desarrollará modalidades de trabajo, pequeña industria y microempresa, talleres protegidos, trabajo en el domicilio, autoempleo, etc; a fin de lograr la integración social de las PCD (Art. 4º inciso "c" - Codificación N° 000. RO/ 301 de 6 de abril del 2001).</p>	<p>Las empresas e instituciones del sector público darán preferencia a los productos manufacturados y servicios provenientes de micro y pequeñas empresas integradas por PCD, tomando en cuenta similar posibilidad de suministro, calidad, y precio para su compra o contratación (Art. 38). Además las Municipalidades y Gobiernos Regionales promoverán la comercialización de los productos manufacturados por PCD (Art.41). El CONADIS coordinará con las entidades, empresas e instituciones, estatales o privados que promuevan el desarrollo, la formación de un Banco de Proyectos para facilitar y promover las empresas promocionales para PCD, instaurando progresivamente a través de sus actividades de coordinación nacional e internacional un Fondo Rotatorio para la promoción financiera de estas empresas (Art. 42). El CONADIS en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas apoyan el otorgamiento de créditos preferenciales o financiamiento a las micro y pequeñas empresas integradas por PCD (Art. 37).</p>	<p>El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad tiene como finalidad: ...Promover el acceso de las personas con discapacidad a las fuentes de financiamiento de proyectos productivos presentados por las diferentes organizaciones de personas con discapacidad y sus familiares. (Artículo 15, inc 15).</p>
<p>Financiación</p>						
SEGURIDAD SOCIAL						
<p>Temas</p>		Chile	Colombia			Venezuela
<p>Aspectos cubiertos</p>						
<p>Acceso a la seguridad social</p>			<p>Los limitados de escasos recursos serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social (Art. 19). Las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada no puedan gozar de un empleo competitivo, y por lo tanto no puedan producir ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente, tendrán derecho a ser beneficiario del Régimen Subsidiado de Seguridad Social (Art. 29).</p>		<p>El Estado promueve el ingreso a la Seguridad Social de las personas con discapacidad, mediante regímenes de aportación y afiliación regular o potestativa (Art. 21).</p>	<p>Tal certificación (PCD) será requerida a los efectos del goce de los beneficios y asignaciones económicas y otros derechos económicos y sociales otorgados por parte del Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con la ley. La calificación y certificación de la discapacidad laboral es competencia del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral. (Artículo 7).</p>
<p>Seguros escolares</p>						
<p>Seguros de salud</p>	<p>Las PCD tienen derecho a gozar de las prestaciones integrales de salud y otros beneficios sociales de la misma calidad, eficiencia y oportunidad que rigen para los demás habitantes del país (Art. 6c).</p>		<p>El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberá incluir en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, los servicios de tratamiento y rehabilitación de la población con limitación (Art. 19).</p>		<p>El CONADIS coordinará un régimen especial de prestaciones de salud asumidas por el Estado para personas con discapacidad severa y en situación de extrema pobreza, el cual será fijado en el Reglamento (Art. 21).</p>	

Otros seguros			El ingreso al servicio público o privado de una persona limitada que se encuentre pensionada, no implicará la pérdida ni suspensión de su mesada pensional, siempre que no implique una doble asignación del tesoro público (Art. 33).			
PRESTACIONES EN MATERIA DE ASISTENCIA Y SERVICIOS SOCIALES ESPECÍFICAS (Medidas Compensatorias)						
Temas		Chile	Colombia			Venezuela
Aspectos cubiertos						
Ingresos mínimos						
Apoyo a la familia						
Ayuda por tercera edad						
Atención a personas en situación de abandono	El Estado y la comunidad promoverán la creación de servicios especializados en beneficio de la persona con discapacidad, particularmente de los que no tienen padres o tutores y, que por sus limitaciones requieran permanente atención (Art. 13).		El Gobierno a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en cooperación con las organizaciones de personas con limitación, apropiará los recursos necesarios para crear una red nacional de residencias, hogares comunitarios y escuelas de trabajo cuyo objetivo será atender las necesidades de aquellas personas con limitaciones severas, carentes de familia, o que aún teniendo adolezcan de severos problemas de integración (Art. 37).			
Prestaciones destinadas a las personas que ejercen de cuidadoras						
Facilidades administrativas						

<p>Liberación de impuestos para la importación de ayudas técnicas y medicamentos</p>	<p>La Secretaría Nacional de Hacienda a través de las reparticiones de su dependencia, previo dictamen favorable del Comité Nacional del Discapacitado y de acuerdo a la reglamentación especial, otorgará las franquicias, liberaciones y/o exenciones en el pago de gravámenes e impuestos a toda importación de: a) Equipos, materiales, e instrumental destinados a los Centros de Habilitación y Rehabilitación de personas con discapacidad en todo el país. b) Equipos y enseres de uso estrictamente personal de discapacitados (Art. 22).</p>	<p>...importación de vehículos destinados exclusivamente al transporte colectivo de personas con discapacidad que no estén en condiciones de acceder en forma segura a los medios de transporte público corrientes. Los vehículos que se importen permanecerán por un lapso no inferior a 5 años al uso del transporte, colectivo de personas con discapacidad, sea en recorridos normales de la locomoción colectiva o mediante recorridos especiales, o contractuales para instituciones que demanden el transporte de trabajadores, escolares, o cualquier otro grupo de personas con discapacidad que dichas corporaciones atiendan. Las personas jurídicas sin fines de lucro, para importar vehículos destinados al transporte de las personas con discapacidad que ellas atiendan dentro del cumplimiento de sus fines (Art. 39). Establécese un sistema de reintegro de la totalidad de los gravámenes aduaneros que se paguen por la importación de las ayudas técnicas (Art. 40). Las PCD, para la importación de elementos destinados a su propio uso y las personas jurídicas sin fines de lucro que, de conformidad</p>	<p>El Gobierno fijará las tasas arancelarias a la importación de maquinaria y equipo especialmente adaptados o destinados al manejo de personas con limitación. El Gobierno clasificará y definirá el tipo de equipos que se consideran cubiertos por el beneficio (Art. 24.c)</p>	<p>Se exonera del pago total de derechos arancelarios, impuestos adicionales e impuestos al valor agregado - IVA -, como también el impuesto a consumos especiales con excepción de tasas portuarias y almacenaje a las importaciones de aparatos médicos, instrumentos musicales, implementos artísticos, herramientas especiales y otros implementos similares que realicen las PCD para su uso, o las personas jurídicas encargadas de su protección (Art. 22).</p>	<p>La importación de vehículos especiales, prótesis y otros, para uso exclusivo de personas con discapacidad se encuentran inafectos al pago de derechos arancelarios, conforme a lo previsto en la Ley General de Aduanas, Decreto Legislativo N° 809 (Art. 47.1).</p>	<p>La importación al país de medicamentos, ayudas técnicas, equipos, aparatos, utensilios, instrumentos, materiales y cualquier producto tecnológico o recurso útil y necesario que posibilite la integración personal, familiar o social de las personas con discapacidad, podrá ser exonerada del pago de aranceles, tasas y otros derechos aduanales, a solicitud de personas naturales con discapacidad para uso propio o por medio de familiar o de persona natural a cuyo cargo esté, personas jurídicas sin fines de lucro u organizaciones de personas con discapacidad. El Poder Ejecutivo podrá establecer otros requisitos y las condiciones para conceder la exoneración. Asimismo, podrán ser exonerados del pago de aranceles, tasas y otros derechos aduanales, los vehículos automotores destinados al uso particular o colectivo de personas con discapacidad, a solicitud de éstas, del familiar a cuyo cargo esté o de personas naturales o jurídicas sin fines de lucro. (Artículo 45).</p>
<p>Servicios sociales</p>						<p>El Estado, a través del ministerio con competencia en materia de transporte, y los estados y municipios establecerán el pasaje gratuito de transporte urbano, superficial y subterráneo y, al menos, el cincuenta por ciento (50%) de descuento en los montos de los pasajes terrestres extraurbanos, aéreos, fluviales, marítimos y ferroviarios en las rutas nacionales, y promoverá la aplicación de descuentos en las rutas internacionales para personas con discapacidad, en los términos y condiciones establecidos en el Reglamento de esta Ley. (Artículo 39)</p>
<p>Instancia judicial</p>						
<p>Otras prestaciones</p>				<p>El Estado creará residencias para personas con discapacidad que no pueden valerse por sí mismas (Art. 4.1).</p>		
<p>FINANCIACIÓN</p>						<p>Los recursos generados por las multas que, de conformidad con esta Ley, imponga el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, pasarán a formar parte de un fondo de ayudas técnicas. (Artículo 80).</p>

POLITICAS PUBLICAS EN DISCAPACIDAD EN LOS PAISES ANDINOS

Temas	Bolivia	Chile	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela	
Denominación	PLAN NACIONAL DE IGUALDAD Y EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - PNIQED	PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA LA INTEGRACION SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - PLANDISC. 2004 - 2010	POLITICA PUBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD /PLAN NACIONAL DE ACCION EN DISCAPACIDAD 2004 - 2007	ECUADOR SIN BARRERAS	PLAN DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - P I O, 2003 - 2007	PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (SISTEMA NAC DE ATENCION INTEGRAL A PCD)	MISIÓN JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ
Creación	Decreto Supremo Nº 28671 de 07 de abril de 2006	2004	Compes Social 80, 26 de julio de 2004	Decreto Nº 338 del 23 de mayo de 2007	Decreto Supremo Nº 009-2003-MIMDES de fecha 22 de junio del 2003, aprueba PIO	Gaceta Oficial Nº 38.598, Ley para las Personas con Discapacidad, 5 de enero de 2007	13 de Marzo de 2008
Ley PCD	Ley Nº 1678, Ley de la persona con discapacidad, 18 de diciembre de 1995	Ley Nº 19.284, sobre Integración Social de las Personas con Discapacidad, 5 de enero de 1994	Ley Nº 361, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones, 7 de febrero de 1997	Codificación Nº 000.R00/301, Codificación de la ley vigente sobre discapacitados en el Ecuador, 6 de abril de 2001	Ley Nº 27050, Ley de la Persona con Discapacidad, 18 diciembre 1998	Gaceta Oficial Nº 38.598, Ley para las Personas con Discapacidad, 5 de enero de 2007	Línea Política del Poder Ejecutivo
Antecedentes	Algunas disposiciones dispensas, han previsto políticas públicas en beneficio de las PCD. (1) La Ley No. 1565, de 7 de julio de 1994, de Reforma Educativa, que tiene como finalidades, entre otras, la integración de las PCD a la escuela formal, estableciendo a su vez, la educación alternativa, dentro de la cual se prevé la educación especial para las PCD. (2) El Decreto Supremo No. 22069, de agosto de 1996, que dispuso la creación de la Unidad de Discapacidad en cada Prefectura, bajo dependencia de la Dirección de Desarrollo Social. (3) Las Ordenanzas Municipales No. 06598, de 21 de agosto de 1998 y 00598 de 6 de octubre de 1998, a partir de las cuales, los Gobiernos Municipales de la Ciudad de El Alto y La Paz respectivamente, instruyen la eliminación de barreras arquitectónicas en las calles, avenidas y plazas, así como los elementos de su señalización, hasta el establecimiento de cuotas de empleo para las personas discapacitadas en el municipio de La Paz.	En 1989, el Comité de Ministros Social, aprobó las bases de la Política para la Integración Social de las PCD, y se dio origen a un Plan de Acción y forman Grupo de Trabajo Intersectorial (GTI), con encargo de analizar la oferta pública existente para las PCD. El análisis debía recoger el "conjunto de programas, proyectos, beneficios y/o servicios que el Estado, desde su estructura ministerial tiene a disposición de un grupo objetivo (PCD); Así la oferta pública para PCD incluía 33 programas, de responsabilidad de 14 instituciones y/o servicios del Estado	Los Programas "Colombia Oye", "Colombia Camina" y "Colombia Ve" nacieron en 1999, dentro del "Plan Nacional de Atención a Personas con Discapacidad 1999 - 2002", a cargo de la Oficina de la Primera Dama de la Nación (Hoy Consejería Presidencial para Programas Sociales, CPPS), con el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de Protección Social) y la Red de Solidaridad Social (RSS), con el apoyo técnico del Instituto Nacional para Ciegos (INCI) y el Instituto Nacional para Sordos (INSOR). Esta oficina desarrolló también la "Contaminación y Fortalecimiento de Redes Sociales de Apoyo a la Discapacidad", agrupando a líderes municipales, organizaciones de PCD, entidades públicas y ONG's para que coadyuvaran a la descentralización de la Política Pública de Discapacidad, en particular a la realización del Registro DANE de categorización de la discapacidad. El documento COMPEX 3144 de 2001 recomienda que la RSS, asuma el "Plan Nacional de Atención a la Discapacidad", bajo la coordinación de la CPPS, que entre mayo de 1999 y junio de 2003, trabajaron las orientaciones conceptuales, técnicas y metodológicas para la Formulación de una	En décadas del 70 al 90, acciones sectoriales dispensas, desarrollos, con dignidad de acciones, dispersión de recursos, descentralización de acciones, principalmente en educación y salud. En julio de 1980, el Ministerio de Salud Pública asume, a través de la Dirección de Rehabilitación, la tarea de la programación e implementación de la Rehabilitación Funcional a nivel nacional. En agosto de 1982, se da un paso adelante creando la Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusvalido, DINARIM, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, que asume la rectoría y coordinación nacional del trabajo sobre discapacitados. En 1991, gracias a un trabajo multidisciplinario e intersectorial se elabora y publica el I Plan Nacional de Discapacidades que, conjuntamente con la Ley 180 sobre Discapacidad y el CONADIS, creado por esta, se tienen 3 pilares importantes para la puesta en marcha de grandes transformaciones para el sector en la década del 90. Este I Plan estuvo vigente más de 10 años y desarrolló tres programas: Prevención, Atención e Integración Social, constituidos por	Medidas sectoriales, dispensas. Años previos y en el contexto de la Decisión Internacional de las Personas con Discapacidad 1983 - 1992, fueron promulgadas diversas normas que promovían el empleo, disponían la eliminación de barreras arquitectónicas, creaban mecanismos para créditos promocionales, otorgaban beneficios tributarios a las empresas que contrataban PCD. Se crea, también, el CONAI - Consejo Nacional para la Integración del Impedido- con el objetivo de trazar las políticas y coordinar los esfuerzos del Estado, la sociedad y la familia en pro de la integración de las PCD. A nivel de salud, en paralelo, el Instituto Nacional de Rehabilitación vino de su especialidad en el país- desarrollaba las labores propias de su competencia. En la década del 90, en el gobierno de A.F.F. la legislación favorable a las PCD fue prácticamente derogada. Posteriormente, vendría la Ley 27050 de la Persona con Discapacidad que constituye el punto de referencia de las políticas públicas que deben aplicarse al sector.	El Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001 - 2007 y el Plan Estratégico Social del mismo periodo, establecieron la atención integral de la discapacidad como política de estado. Dispone acciones en las áreas de: Salud y Calidad de Vida; Seguridad Social; Participación Social; Educación, Cultura, Deportes; Formación Vocacional y Ocupacional; Empleo; Accesibilidad; Prevención e Investigación.	Experiencias de Misiones Barrio Adentro y Milagro, con resultados satisfactorios, en cumplimiento de metas y objetivos y como parte del Convenio Integral de Salud Cuba Venezuela.
Estrategia metodológica	La elaboración tuvo dos fases, la primera de elaboración de una propuesta base, y la segunda de validación con la participación regional coordinada por los CODEPEDIS, con la participación de personas con discapacidad con conocimiento especializado y con la profunda vivencia existencial, también se contó con representantes de las organizaciones de personas con discapacidad y con la opinión autorizada de expertos que han trabajado en la temática.	1. Se consultó una Secretaría Técnica conformada por profesionales del MINDEPLAN y FONADIS, a fin de coordinar y prestar apoyo técnico a los organismos públicos y privados. 2. Se conformó una Mesa interministerial (11 ministerios) y Mesa Regional (en todas las regiones bajo la batuta de las secretarías regionales ministeriales más representantes gubernamentales, privados y organizaciones comunitarias y privadas de y para PCD), que actuaron a 2 niveles, en forma paralela, con una guía metodológica elaborada por la Secretaría Técnica	Elaborada por Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) es puesta a consideración de sociedad civil y luego de proceso de consulta es aprobado por instancia que lo propuso como COMPEX SOCIAL 80. Sirve de base para la definición del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 2005 - 2007, el que se consultó como instrumento de gestión de carácter estratégico para los organismos gubernamentales del nivel nacional.	Decreto presidencial. Conocida como política pública de transición hacia la definición de una más estructurada, participativa y con mayores recursos que hagan viable su ejecución.	Se cruzan dos factores. Por un lado la exigencia de las organizaciones de la PCD de contar con un Instrumento que haga viable la aplicación de políticas públicas para el sector en concordancia a lo establecido por la Ley 27050; y, por otro lado, la frustración de ver limitada su participación en la definición oficial del mismo.	En base a lo establecido en el art. 81 de la Constitución de la RBV, es definida la Política Pública para el sector PCD como parte integrante del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación venezolana con la Ley para las Personas con Discapacidad, publicada en la Gaceta Oficial Nº 38.598 del 05 de enero de 2007, que crea el Sistema Nacional de Atención Integral a las PCD, se da un paso significativo	Propuesta diseñada por Ministerio el Poder Popular para la Participación y la Protección Social, del que es órgano rector, y contando con la vasta experiencia de la República de Cuba en materia de Salud Pública.
Principios	PRINCIPIOS: - Igualdad - La igualdad de oportunidades y condiciones para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, hombres y mujeres - La normalización - La autodeterminación - La inclusión social - No discriminación - Equidad de género - Interculturalidad - Respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad	Principios orientadores: integralidad de la acción pública, promoción de los derechos de las personas con discapacidad y ejercicio de la plena participación de la sociedad civil.	Principios generales: - Enfoque de Derechos. - Equidad. 3. Solidaridad. 4. Coordinación. 5. Integralidad. 6. Corresponsabilidad Social. 7. Sostenibilidad. 8. Transversalidad. 9. Concertación.		Principios básicos: - Autodeterminación. - Igualdad y no discriminación. - Participación plena en todas las actividades de la vida - Desarrollo personal y goce de todas las etapas de la vida - Una vida libre de toda forma de violencia. - Desarrollar la solidaridad humana como base del desarrollo y la convivencia pacífica. A ello se suman los Principios Rectores: 1. Reconocimiento de la dignidad de PCD. 2. Transversalidad. 3. Igualdad y equiparación de oportunidades. 4. Autodeterminación de las PCD. 5. Organización independiente de las PCD. 6. Acciones interdisciplinarias. 7. Medidas eficaces de supervisión. El PIO 2009-2018, adopta los 7 Principios reconocidos por la Convención de ONU sobre los Derechos de las PCD.	Los establecidos en el Art. 4 de la Ley para las PCD, publicada en la Gaceta Oficial Nº 38.598 del 5 de enero de 2007: humanismo social, protagonismo, igualdad, cooperación, equidad, solidaridad, integración, no segregación, no discriminación, participación, corresponsabilidad, respeto por la diferencia y aceptación de la diversidad humana, respeto por las capacidades en evolución de los niños y niñas con discapacidad, accesibilidad, equiparación de oportunidades, respeto a la dignidad personal, así como los no enunciados y establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en los tratados, pactos, convenios, convenciones, acuerdos, declaraciones y compromisos internacionales e intergubernamentales, válidamente suscritos y ratificados o acopiados por la República.	Principios: Equidad. - Gratuidad. - Solidaridad. - Accesibilidad. - Universalidad. - Corresponsabilidad. - Justicia.
Características	El PNIQED se basa en los siguientes fundamentos que permitirán articular y organizar la aplicación del Plan: - Universalidad. - Integración. - Intersectorialidad. - Multidisciplinariedad. - Coordinación Nacional Regional y Municipal. - Responsabilidad Estatal y social compartida. - Necesidad y demanda social. - Participación activa de las pcd.	Transversalidad, integralidad e intersectorialidad de las políticas sociales dirigidas a las personas con discapacidad y, en otro, una rigurosidad para la concreción de los productos expresados en indicadores medibles y cuantificables, para el permanente monitoreo de los avances y recursos comprometidos.	Incorpora los enfoques del Manejo Social del Riesgo (MSR) y del Sistema de Protección Social (SPS). El enfoque del MSR es una herramienta que permite identificar y evaluar los riesgos, y vulnerables a diferentes riesgos, contra sus herramientas más allá de los instrumentos que permiten manejar adecuadamente el riesgo, promoviendo la disposición a asumirlos y proporcionar apoyo a quienes son más pobres. Se adopta en tres niveles de manejo del riesgo (informal, mercado y público), tres estrategias para abordar el riesgo: reducción del riesgo (prevenir, promover), mitigación del riesgo (asegurar contra la contingencia), y superación (alterar, equiparar oportunidades, habilitar y rehabilitar); y la organización y coordinación de la acción conjunta y articulada de diferentes actores (personas, hogares, comunidades, ONGs, niveles de gobierno y organizaciones internacionales).		Características: - Transsectorialidad en la política pública de la discapacidad. - Transversalidad de la política pública implica que todos los sectores involucrados deben responder por la atención de las personas con discapacidad, incorporando para ello los recursos necesarios del gasto público en las áreas de su competencia. - Tiene carácter nacional, intersectorial, interinstitucional y descentralizado, lo cual facilita la articulación de acciones comunes. - Participación de los diferentes sectores, instituciones y niveles administrativos, en concordancia con sus competencias y la participación del sector privado, con un compromiso descentralizador, dentro del marco de una política pública que sensibilice a la sociedad con relación a la necesidad del reconocimiento de los derechos de las PCD en igualdad de condiciones.	Universalidad, Transversalidad, Intersectorialidad, Participativo y control ciudadano. De obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional por todos los órganos y entes de la administración pública en nacional, estatal y municipal.	Visita casa por casa con la finalidad de levantar el Estudio Demográfico y Clínico-Genético de las pcd a nivel nacional, en su primera fase, durante el 2008.
Marco Estratégico	La Misión y la Visión del CONALPEDES son asumidas como las orientaciones estratégicas básicas.	Estrategia Intersectorial, descentralizada y participativa para la implementación del PLANDISC	Generar estrategias transversales y coordinadas que involucren a los diferentes ámbitos y sectores para la prevención, mitigación y superación de la condición de discapacidad y el riesgo de pobreza. Estrategia 1: La Prevención. busca impulsar procesos individuales y colectivos con el fin de evitar la aparición de la condición de discapacidad (reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos asociados a tal condición). Estrategia 2: La mitigación hace referencia a las estrategias utilizadas para reducir el impacto o repercusión del evento, en el individuo y la familia, en caso de que el riesgo se materialice entre aquellos individuos y	Promover la inclusión e integración social de las PCD, "Ecuador sin Barreras", en sus comunidades, en el ámbito familiar, vida social, política, deportiva, cultural, educativa y económica en condiciones de equidad.	Establecer las líneas de base que, conexas con el Acuerdo Nacional y la Carta Social, garanticen la adopción de medidas de promoción, atención y control, que permitan desarrollar una política en co-responsabilidad con la Sociedad Civil en relación a la temática de la discapacidad.		
Misión	Promover e impulsar acciones conjuntas con diferentes sectores de la sociedad para el cumplimiento de la Ley 1678 y DS 24807 basadas en el respecto a las diferencias, la tolerancia y la no discriminación.					Incluir a población históricamente excluida de la atención médica y aparatadas de la vida social y productiva por padecer una discapacidad.	

		Articular diferentes mecanismos para el establecimiento de políticas sociales y públicas, destinadas al ejercicio pleno de los derechos y obligaciones de esta población.	grupos sociales especialmente vulnerables. Estrategia 3: Las estrategias de superación son las dirigidas a disminuir o superar el impacto generado por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad	Una sociedad incluyente y democrática, basada en la cultura del respeto a la diferencia y a los derechos, en donde las personas con discapacidad y sus familias sean parte de la sociedad en igualdad de condiciones.	Assumir los compromisos, las responsabilidades y competencias de carácter nacional - sectorial, regional y local, proyectando una oferta de servicios inclusivos para la población vulnerable con discapacidad y su familia, desde los niveles comunitario al nacional, para el reconocimiento de sus derechos, la autonomía, la integración y la participación plena de este grupo poblacional.		Dar cumplimiento a los preceptos constitucionales, en particular del artículo 81 de la Carta Magna, que reza textualmente que: "toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria"		
		Objetivo General: Lograr la igualdad y equiparación de oportunidades de las PC.D. Objetivos específicos: - Disminuir las barreras sociales, físicas y de comunicación - Promover un cambio del entorno social para crear condiciones favorables para la inclusión social de las PC.D - Lograr el acceso equitativo y con igualdad de oportunidades a los servicios públicos - Asegurar las condiciones institucionales que garanticen el cumplimiento de la legislación internacional y nacional referente a la defensa y ejercicio de los derechos de las PC.D.	Objetivos: Impulsar los compromisos gubernamentales a favor de las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de programas, proyectos y actividades que se aplicarán en los componentes: Equiparación de oportunidades; Eliminación de barreras; Prevención y Rehabilitación; Adecuación de la gestión del Estado.	Objetivo: Integración social de las personas con discapacidad, en el marco de una protección social que garantice a toda la población (no solo a grupos poblacionales específicos) la igualdad de oportunidades, las herramientas para el manejo del riesgo y las intervenciones para superar situaciones de crisis.		OBJETIVO GENERAL: Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad por medio de la prevención, atención preferente, adopción de medidas de discriminación positiva y el fortalecimiento y la ampliación de los servicios existentes, facilitando su acceso, calidad y cobertura.	Objetivo General: Potenciar capacidades y habilidades de las personas con discapacidad, incorporándolas a la vida social. Objetivos específicos: 1. El diagnóstico de la población con algún tipo de discapacidad. 2. La determinación de las necesidades fundamentales de la persona y su núcleo familiar. 3. El diseño de programas de atención inmediata. 4. El trabajo social.		
P O L I T I C A S N O R M A L I Z A D O R A S	D S O C I A L E S	EDUCACION	IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y EDUCACION INCLUSIVA 1. ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA EDUCACION CON ENFOQUE INCLUSIVO.	La Política Nacional de la Discapacidad de 1999, es la orientadora de las políticas a desarrollar en los diversos sectores que se concretarán, luego, en compromisos sectoriales, cuantificables y medibles. La Política Nacional de la Discapacidad está definida sobre la base de "Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad", definiendo las políticas transversales sobre discapacidad y rehabilitación, educación especial, RBC, ciudades accesibles, equiparación de oportunidades, etc.	DEFINIDAS EN 3 COMPONENTES, orientadas por las Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades... de NNUU. 1. COMPONENTE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN: Integrado por todas aquellas actividades que buscan prevenir los factores de riesgo que causan discapacidad y promover la cultura del autocuidado, de generar entornos protectores y un cambio cultural frente a la situación de Discapacidad. 2. COMPONENTE HABILITACION/REHABILITACION: Se busca crear, consolidar y cuantificar una red de servicios de rehabilitación integral y habilitación para las PC.D. 3. COMPONENTE EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES: La situación de discapacidad comprende también un factor externo o del entorno, que es el que condiciona la participación efectiva de las PC.D a los servicios y espacios sociales que le permiten a un ser humano desarrollarse integralmente.	Garantizar el acceso, la gratuidad y calidad en la educación en un marco de carácter inclusivo.	1. Atención Educativa Integral a la población con necesidades educativas especiales en planteles y servicios de la Educación Especial. 2. Integración Escolar de los alumnos con necesidades educativas especiales en el Sistema Educativo Bolivariano.		
		SALUD	ACCESIBILIDAD Y PROTECCION SOCIAL 1. ACCESIBILIDAD EN CONDICIONES DE EQUIDAD A SERVICIOS DE SALUD EN PREVENCIÓN, PROVISION Y REHABILITACION EN SALUD. 2. PREVENCIÓN DE RIESGOS			Incrementar el acceso y la cobertura a los servicios integrales de salud y rehabilitación para las personas con discapacidad, con la participación activa de la familia y la comunidad.	1. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. 2. Desarrollo de acciones de prevención de discapacidades. 3. Implementar servicios de habilitación y rehabilitación y dotación de ayudas técnicas y de asistencia con énfasis en la prevención	Brindar atención primaria a todas las personas que padecan algún tipo de discapacidad.	
		VIVIENDA	1. ACCESIBILIDAD A LA VIVIENDA. 2. ACCESO A VIVIENDA DE CARACTER SOCIAL			Promover el derecho al acceso a una vivienda digna para las personas con discapacidad.	Derecho a una vivienda adecuada y accesible.		
	I N F O R M A C I O N	D E C O N O M I A	TRABAJO	DERECHO A UN TRABAJO DIGNO 1. AMPLIAR Y FORTALECER LAS OPORTUNIDADES LABORALES Y FORTALECER LA OFERTA LABORAL DE LAS PC.D PARA SU INSENCION E INCLUSION SOCIOLABORAL.		EMPLEO SIN BARRERAS: Es obligación del estado garantizar que las pc.d puedan beneficiarse de una adecuada evaluación de sus aptitudes, habilidades y destrezas, que permita identificar sus posibilidades ocupacionales, proporcionar la base para diseñar programas individualizados de rehabilitación e integración profesional y facilite su inserción o reinsertación laboral.	Promover el acceso e incremento de las oportunidades de empleo digno dependiente e independiente de las personas con discapacidad, a fin de contribuir a lograr su realización plena.	Formación para el trabajo, empleo, inserción y reinsertación laboral, readaptación profesional y reinserción ocupacional para personas con discapacidad, y lo que correspondan a los servicios de empleo para pc.d.	
			ACCESIBILIDAD Y EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES	ACCESIBILIDAD INTEGRAL. Contribuir al desenvolvimiento biopsicosocial de las personas con discapacidad en su entorno social con autonomía e independencia para el mejoramiento de la calidad de vida a través de la accesibilidad física, auditiva, visual y cognitiva con utilización, diseño, y control del espacio en forma normalizada, funcional, segura y eficiente.		"EQUIPARANDO OPORTUNIDADES": 1. Destinado a compensar, mitigar o neutralizar el efecto de la discapacidad, con la finalidad de que puedan cumplir de la mejor manera las actividades regulares, según su edad, ocupación, profesión, etc. 2. Se implementará el proyecto de estimulación temprana dirigido a 1.500 niños menores de cinco años que se encuentran en situación de riesgo y/o que presentan alteraciones temporales o permanentes en su desarrollo. "CIUDAD SIN BARRERAS": Integración a la infraestructura sanitaria, educativa, laboral, recreacional y social en general a través de la eliminación de barreras físicas (urbanísticas, arquitectónicas y de transporte).	Eliminar progresivamente las barreras físicas, comunicacionales y en el transporte.	1. Por una Venezuela Libre de Barreras.	
	P E R S O N A L	D E S A R R O L L O R I O P E R S O N A L	AUTONOMIA PERSONAL	NORMALIZACION PARA LA AUTONOMIA Y VIDA INDEPENDIENTE. Promover la normalización de la vida con el desarrollo del potencial humano de las personas con discapacidad, para vivir con dignidad, valorización social y con capacidad de Autodeterminación.					
			PARTICIPACION	PARTICIPACION CIUDADANA. Ampliar las oportunidades y fortalecer la participación política y ciudadana de las personas con discapacidad.			Incrementar los niveles de participación de las PC.D en todas las esferas de la actividad humana: económica, social y cultural, en la planificación y en la toma de decisiones que les compete a nivel nacional	Promover la constitución de organizaciones de para PC.D para potenciar participación y control ciudadano en la definición de las políticas. Garantizar el pleno derecho de las PC.D a la participación política.	
			INVESTIGACION	CONOCIMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA DE LA DISCAPACIDAD. Ampliar el conocimiento de la realidad de la discapacidad, en su multidimensionalidad, para promover la búsqueda de alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.					
	I N T E R C A M B I O	S O C I A L	ENTONTO SOCIAL Y CULTURAL	CREAR UNA CULTURA DE RESPETO A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Promover la construcción de valores y prácticas para el trato igualitario y no discriminatorio, el respeto y el ejercicio de los derechos de las pc.d.		"PARA SER IGUALES": Luego de haber equiparado las aptitudes, físicas, académicas y la accesibilidad de las personas con discapacidad, se dará paso a la campaña nacional de sensibilización ciudadana frente a la discapacidad.			
			MARCO LEGAL	APLICACION Y CUMPLIMIENTO DE LA LEY. Lograr la aplicación y el cumplimiento efectivo de la Ley 1678 que protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad					

SOCIAL	AUTONOMIA-VIDA IND: 1. Reorientación de los sistemas, servicios y prácticas que generan dependencia. 2. Formación de las PCD y familias para apoyo a la autodeterminación y vida independiente. 3. Calificación de la discapacidad. 4. Redes de apoyo mutuo. PROBLEMATICA DISCAPACIDAD: 1. Sistema de información actualizado. 2. Investigación. 3. Investigación aplicada para la producción de servicios, productos y ayudas técnicas.	MINDEPLAN: 1. Apoyo al seguimiento a nivel nacional de los Planes Regionales a través de las Secretarías Regionales de Planificación y Coordinación (SERPLACS) FONADIS: 1. Apoyo al seguimiento del Plan de Acción a nivel nacional y regional. 2. Apoyo a pcd a través de sus programas regulares. 3. Difusión y gestión nacional y regional de los datos de ENDISC		Dotar de aparatos ortopédicos (sillas de ruedas, prótesis, ortesis, insumos médicos y medicamentos especializados), para plena incorporación a vida social de PCD.	11 Acciones, entre ellas: 1) Asegurar un CUPO MÍNIMO de puestos de trabajo para PCD en sector. 5) Garantizar acceso a trabajo de PCD priorizando proyectos productivos y el acceso al crédito. 6) Atención prioritaria a niños, niñas y adolescentes con discapacidad en estado de abandono físico, moral o económico. 7) Garantizar la seguridad alimentaria de las PCD. 8) Promover campañas en favor de la adopción de niños, niñas y adolescentes con discapacidad. 9) Garantizar la atención integral de PCD producto de la violencia política.			
	ACCESIBILIDAD INTEGRAL: 1. Suministro y accesibilidad a las ayudas técnicas. 2. Eliminar las barreras de todo tipo, en instalaciones de servicios de salud, educativos, centros de rehabilitación y otros. 3. Accesibilidad sin barreras arquitectónicas. PARTICIPACION CIUDADANA: 1. Participación social y política. 2. Fortalecimiento y desarrollo organizacional. 3. Incidencia en P. P. 4. Acceso y difusión de la información			Formar conciencia en la ciudadanía para la eliminación del prejuicio y mal trato a las personas con discapacidad con la finalidad de cambiar progresivamente las actitudes de la comunidad frente a este grupo poblacional. Implementar en 100 ciudades del país la eliminación de barreras físicas, para que los servicios públicos sean amigables e incluyentes hacia las pcd, fortaleciendo el accionar de los gobiernos locales y seccionales en este campo.				
	1. Implementar un sistema de seguimiento al cumplimiento de las normas y convenios internacionales y de las leyes nacionales que garantizan la eliminación de la discriminación, la protección y el ejercicio de los derechos de las PCD. 2. Estudiar la normativa sobre la discapacidad y el marco legal existente a nivel nacional, departamental y municipal para promover su actualización y coherencia con la legislación existente, estableciendo disposiciones obligatorias procedimentales y penales que garanticen su cumplimiento. 3. Actualizar la Ley, su reglamentación y otras disposiciones conexas en adecuación a las necesidades y situación de las PCD. 4. Accesibilidad a servicios jurídicos y sociales institucionalizados.	JUSTICIA: 1. Capacitación de personal para atención de pcd. 2. Mejorar infraestructura y accesos en sede institucional. GENDARMERIA: Seis acciones para mejorar situación de pcd en cárceles. SERVICIO NAC. MENORES: Tres acciones: los niños/as y adolescentes con discapacidad de la red SENAME inscritos en Registro Civil, disponen de ayudas técnicas e integrados al sistema de educación regular. REG. CIVIL: 1. Incrementar el número de pcd inscritos en el Registro Nacional de la Discapacidad, mediante el pase de información desde las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez al RND.						
		INST NAC DESARROLLO AGROPECUARIO: 1. Eliminación de barreras arquitect. 2. Capacitar funcionarios que atienden público en lenguaje de señas. 3. Capacitación a usuarios sobre riesgos de pesticidas y sustancias tóxicas. 4. Coordinación entre áreas para evitar accidentes y enfermedades laborales. CORP NAC. FORESTAL: 1. Programa Áreas Silvestres Protegidas para todos. SERV. AGRICOLA Y GANADERO: 1. Capacitación a personas sobre uso de plaguicidas. 2. Plan anual de prevención de riesgos. 3. Adecuación de accesos para pcd.						
			1. Realizar diagnóstico nacional de las condiciones de accidentalidad en minería y la carga de la discapacidad e invalidez. 2. Solicitar la incorporación de variable Discapacidad a los Planes de Prevención de mineras. 3. Actividades de Capacitación.					
		1. Adopción de prácticas inclusivas, no discriminatorias y trato igualitario hacia las PCD. 2. Fortalecer las capacidades de las PCD, familiares y organizaciones. 3. Difundir la Ley 1678 y las normas que protegen y garantizan los derechos de las PCD.						
		1. Jerarquización del organismo rector. 2. Fortalecimiento y desarrollo institucional a nivel nacional, departamental y municipal. 3. Financiamiento y Presupuestos con enfoque de los derechos de las personas con discapacidad. 4. Institucionalización Municipal.			Creación de redes de defensa de derechos e implementación de la procuraduría de la defensa como unidad técnica especializada al interior del CONADIS.			
FINANCIAMIENTO \$	Presupuestos sectoriales + n externos + otros			4000.000 /2/	12794.284 1/	FINANCIAMIENTO CON RECURSOS ESTATALES		
INDICADORES DE MEDICION		SI	SI		NO	SI	SI	
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	MINISTROS	MIDEPLAN y FONADIS	CPPS	VICEPRESIDENCIA REPUBLICA/ CONADIS	COMISION MULTISECTORIAL	MPP en area social y CONAPDIS	MPP en lo social	

1/ Presupuesto quinquenio 2003 - 2007
2/ Presupuesto 2007