



Ministerio
**de Salud
Pública**

Dirección General
de la Salud

Ministerio
**de Desarrollo
Social**

Secretaría Nacional
de Cuidados y Discapacidad

Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad, en los servicios de salud

Uruguay | 2021



AUTORIDADES

MSP

Ministro: Dr. Daniel Salinas

Subsecretario: Lic. José Luis Satdjian

Dirección General de la Salud: Dr. Miguel Asqueta Sónora

Subdirectora General de la Salud: Dra. María Luján Giudici

Área programática Discapacidad y Rehabilitación: Prof. Dr. Juan Lacuague

MIDES

Ministro: Dr. Martín Lema

Subsecretaria: Andrea Brugman

Secretario Nacional de Cuidados y Discapacidad: Dr. Nicolás Scarela

Dirección de Discapacidad: Dra. Karen Sass

EQUIPO TÉCNICO

Coordinación general

- Lic. Psic. Agustín Bergeret (2)

Equipo técnico de redacción

- Lic. Psic. Agustín Bergeret (2)
- Lic. Psic. Stefanía Scaglia (17)
- Dr. Andrés Pérez (7)

Equipo técnico de supervisión

- Lic. Soc. Laura Acuña (17)
- Profa. Dra. Teresa Camarot (20)
- Prof. Dr. Juan Lacuague (2)

Revisión técnica de contenidos y validación

- Profa. Dra. Licet Alvarez (22)
- Dr. Ignacio Amorin (8)
- Profa. Dra. María José Bagnato (23)
- Dr. Andrés Bálsamo (5)
- Mag. Psic. Ma. Eugenia Barbosa (23)
- Asesor OPS/OMS Dr Wilson Benia (18)
- Dr. Marcel Bouvier (13)
- Lic. Psic. Marianella Burgueño (4)
- Mag. Psic. Julia Córdoba (23)
- Dra. Estrella Der Boghosian (22)
- Dra. Adriana Della Valle (1)
- Lic. Fga. Lorena de Patti (21)
- Dra. Reneé Diverio (5)
- Lic. Fga. Laura Dominguez (21)
- Asesor OPS/OMS Anthony Duttine (18)
- Ed. Soc. Andrea Fabbiani (4)
- Dra. Alicia Fernández (11)

- Lic. Psic. Carolina Fernández (4)
- Lic. Claudia García (17)
- Dra. Julia García (2)
- Profa. Dra. Gabriela Garrido (19)
- Téc. Paola Gatto (4)
- Mag. Psic. Andrea Gonella (23)
- Dra. Isabel Gonzalez (1)
- Lic. Fga. Paula Hochmann (21)
- Lic. Psic. Antonia Irazabal (17)
- Dra. Elisa Lambiasse (15)
- Dra. Mariela Larrandaburu (2)
- Asesor OPS/OMS Mario Mora (18)
- Lic. Nut. Virginia Natero (6)
- Lic. Enf. Ana María Nuñez (1)
- Lic. Nut. Fabiana Peregalli (6)
- Mag. Psic. Rossina Machiñena (23)
- Dra. Adriana Otheguy (7)
- Dra. Irene Petit (4)
- Prof. Agda. Lic. Fga. Silvia Palermo (21)
- Prof. Dr. Horacio Porciúncula (12)
- Dra. María José Rodríguez (3)
- Dra. Karen Sass (17)
- Prof. Dr. Italo Savio (10)
- Dra. Adriana Techera (22)
- Mag. Psic. Valeria Valazza (9)
- Lic. Psic. Mariana Verdun (15)
- Dra. Teresa Yavarone (2)

Colaboradores

Valeria Méndez, Elsa Blanco, Alicia Ferraro, Loreley Molinari, María Isabel Batlle, Beatriz Perez Abalo, Florencia Lanza, Luz Frugoni

Áreas programáticas del MSP que aportaron a la revisión técnica

- (1) Cuidados Paliativos
- (2) Discapacidad y Rehabilitación
- (3) Enfermedades No Transmisibles
- (4) Género y Violencia basada en Género y Generaciones

- (5) ITS-VIH/ Sida
- (6) Nutrición
- (7) Salud Bucal
- (8) Salud Cerebral
- (9) Salud de Adolescencia y Juventud
- (10) Salud del Adulto Mayor
- (11) Salud de la Niñez
- (12) Salud Mental
- (13) Salud Ocular
- (14) Salud Sexual y Salud Reproductiva

Organismos, instituciones y cátedras que aportaron a la revisión técnica y la validación:

- (15) ASSE–RAP: Unidad de Salud para Sordos. Centro E. Claveaux - Policlínica Luisa Tiraparé.
- (16) Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad.
- (17) MIDES: Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad/ Dirección de Discapacidad.
- (18) OPS/ OMS
- (19) UDELAR: Facultad de Medicina/ Cátedra de Psiquiatría Pediátrica.
- (20) UDELAR: Facultad de Medicina/ Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física.
- (21) UDELAR. Facultad de Medicina/ Escuela Universitaria de Tecnología Médica/ Licenciatura en Fonoaudiología.
- (22) UDELAR. Facultad de Odontología.
- (23) UDELAR. Facultad de Psicología/ Instituto Fundamentos y Métodos en Psicología.

Organizaciones de la sociedad civil que aportaron a la revisión y validación

Organizaciones de la sociedad civil que aportaron a la revisión y validación: Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad. Federación Autismo del Uruguay (FAU), Encuentro TEA, Ceautismo Padres Maldonado, Centea Uruguay, Asociación Asperger TEA en Uruguay. Cooperativa de Trabajo de Intérpretes de Lengua de Señas Uruguay (COOTRILSU), Federación de Sordos del Uruguay (FENASUR), Asociación de Sordos del Uruguay (ASUR). Unión de Ciegos del Uruguay (UNCU), Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC), Fundación Braille del Uruguay (FBU). Asociación Down del Uruguay. Federación Uruguaya de Asociaciones de padres de Personas con Discapacidad Intelectual (FUAP), Asociación Uruguaya de Alzheimer y similares (AUDAS), Centro Psicosocial Sur Palermo, Grupo de la Esperanza. Asociación Uruguaya de Parkinson (AUP), Asociación pro Recuperación del Inválido (APRI).

Diseño y edición: UNFPA

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	7
PRÓLOGO.....	10
1. JUSTIFICACIÓN.....	13
2. ALGUNAS ESTADÍSTICAS DE ESTIMACIÓN DE LA DISCAPACIDAD..	15
3. ANTECEDENTES.....	16
4. OBJETIVOS Y ALCANCE.....	17
5. MARCO NORMATIVO NACIONAL.....	18
6. ACCESIBILIDAD UNIVERSAL. BARRERAS ACTITUDINALES Y DEL ENTORNO.....	23
7. PERSONAS CON DIFERENTES TIPOS DE DISCAPACIDAD.....	27
8. RECOMENDACIONES PARA EL BUEN TRATO SEGÚN TIPOS DE DISCAPACIDAD	29
8.1. ASPECTOS CLAVES PARA TODOS LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD.....	29
8.2. PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ.....	35
8.3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL.....	38
8.4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL.....	50
8.5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA	53
8.6. PERSONAS CON DISCAPACIDAD 'MÚLTIPLE'.....	59
8.7. PERSONAS CON LIMITACIONES SEVERAS.....	59
CONSIDERACIONES FINALES.....	60
ANEXO 1. GLOSARIO.....	61
ANEXO 2. PUBLICACIONES Y MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL SOBRE DISCAPACIDAD Y SALUD.....	64
ANEXO 3. PICTOGRAMAS PARA APOYO EN LA CONSULTA DE SALUD..	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	78

ABREVIATURAS

Artic.	Artículo
ASSE	Administración Servicios de Salud del Estado
CDPD	Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad
CNHD	Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento
DDHH	Derechos Humanos
DDdelaSNCyD	Dirección de Discapacidad de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social
Dec.	Decreto
ER	Equipo de Referencia
INE	Instituto Nacional de Estadística
Lit.	Literal
LSU	Lengua de Señas Uruguaya
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OSN2020	Objetivos Sanitarios Nacionales 2015-2020
PCD	Personas con discapacidad
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
TEA	Trastorno del Espectro Autista
UDELAR	Universidad de la República
UNIT	Instituto Uruguayo de Normas Técnicas
USS	Unidad de Salud para personas Sordas
WG-SS	Washington Group Short Set on Functioning

Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura, producto del uso reiterado de 'a/o', 'as/os', 'las/los' para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Por ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible, o del uso del femenino como masculino en conjunto o alternadamente

Las presentes “Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad en los servicios de salud” es un documento que el Ministerio de Salud Pública, en su función de rector del sistema sanitario, cree fundamental para mejorar el buen trato a las personas con discapacidad para que impacte en una atención de calidad a las mismas, teniendo en cuenta sus distintas especificidades.

Se hace necesario revisar los procedimientos, los recursos y las formas concretas de realizar la atención en salud, con la finalidad de alcanzar un estándar mínimo de calidad que ayude a mejorar la atención de salud de las personas con discapacidad, de su familia y su entorno disminuyendo las barreras en la accesibilidad.

Estas recomendaciones surgen como un producto del trabajo conjunto desde un enfoque interinstitucional e intersectorial en conjunto con diversas organizaciones que nuclean personas con discapacidad y sus familiares.

Esperamos que esta publicación logre inspirar y orientar la capacitación de las personas que componen los servicios, para un cambio sustancial de la atención en salud, que garantice los derechos y mejore la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Dr. Daniel Salinas
Ministro Salud Pública

El Ministerio de Desarrollo Social es el responsable de la rectoría de las políticas sociales, orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, garantizando la igualdad de oportunidades y derechos.

Asimismo la Dirección de Discapacidad de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad de este Ministerio, tiene entre sus cometidos promover acciones que contribuyan a eliminar las barreras que existen en la sociedad para una inclusión plena y efectiva de las personas con discapacidad. Partiendo del marco normativo y conceptual de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, se pone el acento en reconocer a la persona con discapacidad como sujeto de derecho, y específicamente en el artículo 25 se expresa en relación al derecho a la salud, el derecho a tener una salud de calidad sin ningún tipo de discriminación.

Este manual es una herramienta que contribuye a la eliminación de barreras físicas, actitudinales, de comunicación e información que existen en el sistema de salud y consolidan uno de los principales obstáculos en el ejercicio de los derechos.

Es importante resaltar que la construcción de este material fue llevada adelante con un trabajo interinstitucional y junto con la sociedad civil.

Desde nuestro Ministerio seguiremos trabajando en pos de lograr la igualdad en el ejercicio de los derechos y sin discriminación alguna de las personas con discapacidad.

Dr. Martín Lema
Ministro Desarrollo Social

PRÓLOGO

Este documento tiene como objetivo proponer una serie de recomendaciones y pautas a seguir para todo el personal de la salud. Las mismas buscan ser una herramienta que ayude a mejorar la atención en salud a las personas con discapacidad.

Desde hace unos años, la discapacidad empieza a identificarse como una construcción social, dejando atrás el enfoque que colocaba la discapacidad como un problema individual de la persona, producto sólo de sus limitaciones.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Uruguay en 2008, propone una mirada inclusiva basada en un enfoque de derechos humanos. (1)

Al respecto la CDPD en el preámbulo, literal e) define a la discapacidad como “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 que los demás”. (1)

Y agrega en el artículo 1: “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 que los demás”. (1)

Este concepto de discapacidad, surge como resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y aquellos obstáculos; tales como barreras físicas, comunicacionales y actitudinales imperantes; siendo compatible con el modelo bio-psico-social de la CIF, y es en el que nos apoyaremos en este manual. (2)

Es así que, la CDPD se ha constituido también en un instrumento fundamental para promover la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida. Al respecto la CDPD en el artículo 25 ‘Salud’ afirma: “Los Estados Partes,” - entre ellos, Uruguay, - “reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, (...) adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el

ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado". (1).

Y continúa el mismo artículo:

"e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán porque esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad." (1)

En consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y como una de las respuestas, el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021 ha plantado: reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario. (3)

A su vez, el Informe mundial de discapacidad sostiene que las personas con discapacidad pueden enfrentarse a distintas barreras: físicas, de comunicación, de información y actitudinales, cuando intentan acceder a los

servicios de salud, situación que podría limitar seriamente el derecho a una atención de calidad. (4)

Por otro lado, la OMS en el 2014 propuso a las naciones que: la discapacidad es una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo; es un desafío mundial para la salud pública porque las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a servicios como los de asistencia sanitaria (que engloban la atención médica, los tratamientos, la rehabilitación en salud y las tecnologías de apoyo, entre otros).

El 'Objetivo 1' del Plan mundial anteriormente señalado, propone en el artículo 28: "Eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud" (3). Para avanzar en este sentido, es necesario ser conscientes de algunas de las barreras que se hace imprescindible derribar: "barreras físicas relacionadas con el diseño arquitectónico de los centros de salud, los equipos médicos, o los medios de transporte; falta de competencias y conocimientos adecuados por parte de los proveedores de asistencia sanitaria; ideas equivocadas acerca de la salud de las personas con discapacidad, que llevan a presuponer que estas personas no necesitan acceder a los servicios y programas de fomento de la salud o prevención de enfermedades; falta de respeto o actitudes y conductas negativas para con las personas con discapacidad; barreras informativas y dificultades de comunicación; e insuficiente información de las personas con discapacidad acerca de su derecho a acceder a los servicios de salud". (3)

Para lograr ser efectivos en la eliminación de los obstáculos y la mejora en el acceso a los servicios de salud se vuelve imprescindible la participación de las personas con discapacidad, que son las que mejor conocen esos obstáculos y se enfrentan a sus consecuencias. Este manual se propone dar respuesta las 'Necesidades específicas' de las personas con discapacidad, considerando los diferentes 'tipos de limitaciones'. Si se quiere lograr un cambio, las 'RECOMENDACIONES' son un parte del proceso de cambio.

Se requiere además, implementar acciones adicionales como sensibilizar, y capacitar al personal de salud y administrativo sobre DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN CON ENFOQUE DE DERECHOS, entonces será más fácil implementar y aplicar las mismas. Es necesario que todos los prestadores y el personal que integra el SNIS, pueda ir incorporando en sus prácticas cotidianas estas 'recomendaciones'.

De esta manera se visibiliza como necesario, revisar aspectos importantes referidos a la '**ACCESIBILIDAD' física, de comunicación e información para las PCD**. Esto, permitirá avanzar al sistema de salud, hacia una atención inclusiva, con un enfoque de derechos humanos hacia las personas con discapacidad.

1. JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas hubo en Uruguay avances sustantivos en la agenda de derechos. Las personas con discapacidad, al igual que otros colectivos históricamente postergados, accedieron a las garantías de normas afirmativas y de protección de sus derechos, aunque persistan aún desafíos respecto a su implementación concreta.

Las primeras referencias legislativas nacionales a personas con discapacidad, se remontan a los años 60, pero el punto de inflexión se produjo en 1989, con la aprobación de la Ley N.º 16.095 de Protección integral a las personas con discapacidad, que implicó, entre otras cosas, la creación de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad. (5)

Más tarde, en el año 2005 se creó el Ministerio de Desarrollo Social y dentro del mismo una Secretaría específica de discapacidad. La ley n.º 17.866, dispuso la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), como rector de las políticas sociales y el desarrollo social del país. Entre las competencias asignadas, se plantea en el artículo 9, literal c: “coordinar las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda, al disfrute de un medio ambiente sano, al trabajo, a la seguridad social, a la no discriminación y a los cuidados”. (6)

El marco normativo avanzó dando importantes pasos cuanti-cualitativos: en 2008 Uruguay ratificó la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ley n.º 18.418); y en el 2010 aprobó una nueva ley de Protección Integral a las Personas con Discapacidad (ley n.º 18.651), que actualizó la normativa vigente en la materia. A esto, se le sumaron – entre otras medidas – en el 2015 la creación del Sistema Nacional de Cuidados (ley n.º 19.353) y en el 2018 la aprobación de la ley n.º 19.691 de Promoción del empleo en el sector privado. (7, 8, 9, 10)

En estos años el país creó el Sistema Nacional Integrado de Salud cuyo objetivo es brindar una asistencia con orientación preventiva, integral, de contenido humanista, universal, equitativa y longitudinal. En este contexto, resulta necesario actualizar las recomendaciones sanitarias vigentes, de forma que se materialicen los avances normativos de los últimos años, así como nuevas herramientas para mejorar el buen trato y la accesibilidad de las personas con discapacidad para garantizar el pleno goce y ejercicio de sus derechos en relación a la atención de salud.

El presente documento de recomendaciones se focaliza sobre las barreras que impiden o limitan el acceso a los servicios de salud (y específicamente las que afectan el buen trato en la atención de salud de las personas con

discapacidad). Los servicios deberán lograr ser inclusivos y de calidad para todas las personas, especialmente para las personas con discapacidad.

Estas recomendaciones harán particularmente hincapié en las barreras actitudinales y de comunicación, que son las que a menudo pasan desapercibidas, pero que generan discriminación y exclusión.

Algunas de estas barreras actitudinales están asociadas a estereotipos erróneos que influyen para que se siga concibiendo a las personas con discapacidad como víctimas desafortunadas y objetos de caridad (como sostuvo 'el modelo caritativo' en su momento), o enfocándose únicamente en la deficiencia del individuo y en la necesidad de superar esa condición a través de la cura o rehabilitación, para que el sujeto considerado parcial o anormal pueda llevar una vida con la mayor plenitud posible (propuesto por 'el modelo médico tradicional – rehabilitador'). Esto, no significa que todo el accionar médico actuara de acuerdo a ese modelo, pues ya en Uruguay, los doctores Ferrari y De Castellet, quienes fueron pioneros y profesores en rehabilitación en la Facultad de Medicina-UdelaR, lo hicieron y postulaban un abordaje desde el modelo integral bio-psico-social. Así consta en el libro que publicaron en 1973, que fue el primero y referente en Latinoamérica. (11)

Hoy, 'el modelo social', cuestionando los modelos anteriores, ha postulado que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones y situaciones, muchas de las cuales son creadas por la interacción con el contexto/ entorno social (2).

Para avanzar hoy, en una política integral, inclusiva y accesible en salud es necesario considerar a todas las personas con discapacidad como sujetos de derechos, como lo plantea la Convención, y desde la integralidad de una concepción bio-psico-social como lo sostiene la CIF. Esto permitirá avanzar en políticas públicas que garanticen la posibilidad de ser capaces de adoptar sus propias decisiones en forma libre, informada y razonada, con la mayor autonomía posible. Para eso, es clave contar con sistemas de apoyos, enmarcados en un entorno inclusivo que cree las condiciones que lo permitan.

2. ALGUNAS ESTADÍSTICAS DE ESTIMACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

De acuerdo al 'Plan Mundial sobre Discapacidad' de la OMS: En el mundo hay más de 1000 millones de personas con discapacidad, lo que supone alrededor de un 15% de la población mundial. La prevalencia de las discapacidades va en aumento debido al envejecimiento de las poblaciones y al incremento mundial de las enfermedades crónicas; y es más elevada en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. La discapacidad se distribuye en mayor proporción en las mujeres, las personas de edad y las personas en condiciones de pobreza. (3)

Si bien en Uruguay no existen cifras actualizadas, en el último censo de población realizado en el año 2011, se incluyó en el cuestionario preguntas específicas para relevar limitaciones, con el objetivo de identificar a personas con limitaciones, según tipo y grado de severidad.

El cuestionario puso énfasis en cuatro de las dimensiones que el '**Grupo de Washington**' exhorta a incluir, para poder establecer parámetros que permitan estimar cifras de discapacidad. Las mismas fueron: a) nivel motriz (caminar o subir escalones); b) nivel sensorial (ver, oír) y c) nivel intelectual (razonar, entender o comprender). Este módulo identificó 3 niveles de limitaciones: 'alguna dificultad' = limitación leve; 'mucho dificultad' = limitación moderada; 'no puede hacerlo' = limitación severa.

Los resultados mostraron que el 15,9% de la población declara tener al menos una limitación o más, lo que significa 517.771 personas (1 de cada 6). De ellos, un 40,3% son varones y 59,7% mujeres. A su vez, un 11,2% de las mismas, refieren al menos un tipo de limitación (física, psíquica, intelectual y/o sensorial) leve, al menos un tipo de limitación moderada un 4,0% y al menos un tipo de limitación severa serían un 0,7%. (12 y 13)

Al analizar en los datos del último censo de población, la distribución de la población con alguna limitación permanente para ver, oír, caminar, aprender o entender según cada tipo, se observa que: el 9,6% de la población declaró dificultades permanentes para ver. El 3,7% declaró tener dificultades para oír. El 6,5% de la población de 2 años y más declaró tener dificultades para caminar. El 2,8% de la población de 6 años y más declaró tener dificultades para entender o aprender. Para el análisis de las cifras en los casos en que las personas tienen más de una dificultad, se consideraron cada una por separado. (12 y 13)

3. ANTECEDENTES

Desde el año 2007, Uruguay progresivamente ha incorporado en sus acciones y diseños las normas UNIT sobre accesibilidad. en muy diversas oportunidades a medida que han ido apareciendo. (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)

Sin lugar a dudas, las mismas son las que rigen como condición básica de accesibilidad universal y de forma particular, para todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el 2012 la Intendencia de Montevideo en convenio con ASSE y MIDES/ Pronadis ha implementado la primera Unidad de Salud para personas Sordas (USS) en Uruguay. Años más tarde, ASSE, replicó la mencionada experiencia en otros cuatro centros de salud de Montevideo. (23)

En el año 2016 MIDES/ Pronadis junto a ASSE construyeron un 'Manual de buenas prácticas para el trato y la atención de personas con discapacidad en el ámbito de la Salud', cuyo alcance y aplicación fue circunscripto a los servicios de dicho organismo. (24)

A comienzos del 2018 se realizó en Uruguay la Encuesta Nacional sobre Accesibilidad Universal en el marco del Plan Nacional de Acceso a la Justicia y Protección Jurídica, de las personas en situación de discapacidad. Dicha instancia contribuyó a seguir sensibilizando a la población sobre esta temática. (25)

Entre 2018 y el 2020 comienza a tomar fuerza como necesidad, que el Ministerio de Salud Pública, garantice derechos de calidad y equidad a este sector de la población, ejerciendo la correspondiente rectoría en los prestadores de salud. Esto fue ocurriendo en el marco del **proyecto país 'El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad',** proyecto interinstitucional (Presidencia/AUCI, MIDES, BPS, ASSE, MSP, INE y Sociedad civil (ALIANZA)) e interagencial de Naciones Unidas (OPS, UNFPA y ONUMujeres). (26)

En ese mismo marco, en el 2019 el MSP realiza un relevamiento auto administrado sobre accesibilidad a los servicios del SNIS, de las personas con discapacidad en Uruguay. En el mismo, quedaron resumidas las principales dificultades para la accesibilidad y el buen trato que se han explicitado. (27)

Por último, en el marco del mismo proyecto anteriormente mencionado, las instituciones intervinientes, elaboraron y aprobaron un documento llamado **'Requisitos mínimos para garantizar el acceso a la salud de**

las personas con discapacidad en Uruguay’, que oficia de mapa de ruta para mejorar esta temática, en el sistema de salud. El mismo fue presentado formalmente a la JUNASA. (28)

No obstante estas instancias, desde el MSP, haciendo ejercicio de su rol rector, persiste la necesidad de orientar y promover prácticas y formas de buen trato hacia las personas con discapacidad, que mejoren y garanticen el derecho a la atención de calidad en salud. Estas acciones generarán un efecto multiplicador dentro y fuera del ámbito de la salud, por la enorme cantidad de personas que trabajan en estas y otras instituciones, tanto públicas como privadas.

4. OBJETIVOS Y ALCANCE

Estas recomendaciones tienen como propósito contribuir a derribar barreras y al logro del objetivo de brindar una atención inclusiva y de calidad a las personas con discapacidad. Para esto, se busca aportar a los equipos directivos, de atención y de gestión de los servicios de salud, información sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como orientaciones, recomendaciones y herramientas prácticas, acorde al marco normativo vigente.

Para que esto suceda, hay que crear condiciones para que la atención, en todos los niveles, sea de acceso universal y sin discriminación. Esto puede ocurrir sólo derribando las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales que existen, al mismo tiempo que se realizan ajustes razonables cuando sea necesario, para garantizar estos derechos.

Todo esto, siempre con la activa participación de las personas con discapacidad, preservando la confidencialidad, la privacidad y asegurando la calidad del servicio asistencial, así como la seguridad del paciente.

Esta publicación está dirigida a todas las personas que trabajan en las instituciones de salud en todos los niveles de atención: profesionales, técnicos, personal de servicio, administrativos y otros trabajadores en contacto con el público, cuya posible interacción con personas con discapacidad, contribuye desde el primer momento a la calidad de la atención.

5. MARCO NORMATIVO NACIONAL

A nivel internacional la legislación existente orienta de forma clara a lograr un buen trato de las personas con discapacidad y su acceso efectivo a la atención en salud. (Ver en anexo 2 las principales publicaciones).

El reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho fue incorporado en la agenda de DDHH a través de las organizaciones de personas con discapacidad, hasta consagrarse efectivamente en la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificada por Uruguay en el año 2008 con la ley n°. 18.418.** (7)

La CDPD en su artículo primero establece que:

“El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. (1)

De esta forma, el Estado uruguayo asume la obligación de abordar la temática de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos, promoviendo la igualdad entre las personas y el respeto de su dignidad inherente, y comprometiéndose a garantizar el goce pleno de estos derechos. Por esta razón, debe aplicarse a este colectivo toda la regulación existente sin distinciones.

El artículo 25 ‘Salud’ de la misma Convención obliga a los Estados a reconocer que

“las personas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad” y “adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud”. En particular, los Estados tienen la obligación de exigir “d) a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado” y como continúa en el literal e): “prohibiendo la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros

de salud; y velando para que esos seguros se presten de manera justa y razonable". Y en el literal f), "impedirán a su vez, que se nieguen de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud por motivos de discapacidad". (1)

También es de aplicación **el artículo 4** de la Convención: "Obligaciones generales:

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;

b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;

c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;

d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;

e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;

f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipos e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices";

Y continúa en el literal i: "i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con

discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos". (1)

Por último, **el artículo 9** alude a las prácticas en accesibilidad que deberán tenerse en cuenta:

"1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales". (1)

Y continúa planteando:

"2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;

g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluido Internet;

h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo". (1)

Reconociendo los derechos de las personas con discapacidad, el marco normativo nacional brinda herramientas importantes para que el país logre las condiciones que permitan su cumplimiento, en igualdad de oportunidades y con la misma calidad.

Esbozamos a continuación, las principales normativas vigentes en el país.

Legislación nacional sobre Discapacidad

Año	Nombre
1989	Ley 16.095. Protección integral a las personas con discapacidad. (5).
2001	Ley 17330. Aprobación de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. (29)
2001	Ley 17378. Artículos 1, 4, 5, 6 y 7 - Personas con discapacidad. Lengua de Señas Uruguaya. (30)
2005	Ley 17.866 - Creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (6)
2008	Ley 18335. Artículos 2, 5 y 17 - Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. (31)
2008	Ley 18418 - Ratificación de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad. (7)
2010	Ley 18651. Artículos 5 y 37 - Ley de protección integral de personas con discapacidad. (8)
2010	Decreto 274 - Reglamentación de la ley nº 18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. (32)
2011	Ley 18875. Artículos 1, 2 y 3 - Promoción del uso de bastones para facilitar el desplazamiento de personas con discapacidad visual. (33)

2013	Decreto 297. Artículos 1, 2, 7, 9, 21 y 25 - Adopción del uso del bastón blanco y verde como instrumento de movilidad para personas con discapacidad visual y reglamentase el auxilio de perros de asistencia o perros guía. (34)
2014	Ley 19286. Artículo. 56 - Aprobación del Código de Ética Médica. (35)
2015	Ley 19353 - Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). (9)
2015	Resolución P.E. 893. Artículos 8 y 17 - Aprobación del Plan nacional de acceso a la justicia y protección jurídica de las personas en situación de discapacidad. (36)
2017	Ley 19580. Artículo. 30 - Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. (37)
2018	Ley 19.691 - Ley de promoción del empleo en el sector privado. Uruguay. (9)
2019	Norma UNIT 200 – Criterios y requisitos generales de diseño para un entorno edificado accesible. Uruguay. (22).

6. ACCESIBILIDAD UNIVERSAL. BARRERAS ACTITUDINALES Y DEL ENTORNO

Desde la perspectiva de derechos en la CDPD se clasifican las barreras en aquellas que son producto de las actitudes de las personas o grupos humanos y las generadas por el entorno. Las barreras actitudinales se refieren en su mayoría a las interacciones que se producen entre las personas y/o grupos y las personas con discapacidad. Desde la CDPD el concepto de barreras aparece estrechamente relacionado con el de 'accesibilidad' y el de 'diseño universal', definidos en el glosario.

Para cumplir con las características de accesibilidad universal se hace necesario contemplar los principios establecidos por el diseño universal. Este último señala que desde el origen se planifica, diseña, construye, etc. considerando a todas las personas en su diversidad. Por ello cuando los espacios, productos, servicios, etc. se crean desde el 'diseño universal' o diseño para todos/as, el beneficio de dicho proceso es para la comunidad en su conjunto y no sólo para las personas con discapacidad.

En aquellas situaciones en las cuales el 'diseño universal' no se haya tenido en cuenta previamente, se deberán realizar las modificaciones necesarias y ajustes razonables en pos de garantizar la accesibilidad universal para todas las personas. Las personas en su interacción con el entorno se enfrentan a barreras que propician 'situaciones de discapacidad'. (1)

Desde esta perspectiva, para lograr servicios de salud inclusivos con accesibilidad universal, es importante conocer, identificar y derribar las barreras que impiden a las personas con discapacidad, acceder en igualdad de condiciones a la salud.

Barreras actitudinales

Las barreras actitudinales parten de concepciones sociales muy antiguas sobre la discapacidad y se nutren con la existencia de prejuicios, mitos, estereotipos y miedos colocados en los vínculos y expectativas respecto a las personas con discapacidad. Esto fundamenta el fuerte aislamiento que este colectivo ha vivido, así como la ausencia de datos y de conocimiento específico sobre la temática de la discapacidad.

Estas barreras son las más difíciles de derribar, porque actúan tanto a través del conjunto de la sociedad – discriminación estructural- (por ejemplo, invisibilizando las personas con discapacidad, no reconociéndolas como sujetos de derecho, perpetuando tratos asistencialistas y caritativos, no respetando su autonomía de decisión, etc.), como a través de las actitudes individuales o singulares. Es así que, para lograr disminuir la incidencia de

estas barreras se necesita de acciones que aborden tanto lo estructural, como los cambios a nivel personal.

Eliminar o disminuir estas barreras permitirá garantizar que las personas con discapacidad reciban un trato adecuado en la atención, digno y no discriminatorio. Además, permitirá que el personal de salud, administrativo y de servicio se nutra con las percepciones, sugerencias y con un trato horizontal y de mutuo respeto.

Este cambio dependerá de la capacitación en el enfoque de derechos, compromiso y conocimiento de todo el personal, involucrando el nivel administrativo y de recepción, hasta el nivel técnico-profesional y de gerencia.

Además de sensibilizaciones y capacitaciones, la interacción diaria con personas con discapacidad, en un entorno accesible y digno sobre la base de medidas inclusivas en la información, comunicación y accesibilidad física, es la forma más efectiva para derribar las barreras actitudinales.

Resulta clave estimular la participación el conocimiento y el intercambio de información con las propias personas con discapacidad y sus organizaciones, eliminando prejuicios que determinan miedos y estereotipos.

Es importante que la sociedad en general, y en particular el personal de salud, pueda entender e internalizar que:

- **Las personas con discapacidad no son un grupo homogéneo:** Existen personas con discapacidad visual, intelectual, auditiva, otras que tienen movilidad reducida, dificultades en el habla, personas con discapacidad psíquica, entre otras. Algunas personas tienen varias deficiencias, lo que las coloca en situación de discapacidad múltiple o con diferentes tipologías simultáneas. Por esto debe valorarse tanto las barreras que operan prioritariamente en cada momento, como los apoyos necesarios acorde a la dependencia. (38)
- **Una persona con discapacidad puede ser capaz de tomar decisiones de forma autónoma:** Resulta erróneo pensar que, porque necesiten supervisión, esto signifique un detrimento de su autonomía. No sería correcto etiquetar a las personas con discapacidad como incapaces de tomar decisiones -sobre ellas y sus hijos- más directamente a las mujeres, niños y jóvenes con discapacidad. Esto llevaría a colocar erróneamente, a las personas con discapacidad en una situación de dependencia de sus acompañantes (frecuentemente familiares), desplazándoles del lugar de interlocutores válidos y sujetos de derechos. (38)

- **Las personas con discapacidad pueden tomar decisiones si cuentan con los apoyos necesarios para ello:** Estas actitudes afectan, particularmente, a las mujeres con discapacidad en edad reproductiva, a las adolescentes y a las niñas. Resulta muy importante a la hora de tomar decisiones no priorizar la opinión de la familia en detrimento de la voz y la opinión de las propias personas con discapacidad. La persona con discapacidad, al igual que todas las personas, debe contar con el acompañamiento respetuoso y habilitante del personal de salud. (38)

Barreras físicas

Como plantea el 'Informe Mundial sobre Discapacidad', las barreras físicas pueden estar relacionadas con el diseño arquitectónico de los centros de salud, con los equipos médicos o con el transporte. (4)

Las barreras físicas operan como obstáculos para que las personas puedan, en forma autónoma salir de sus domicilios y llegar, acceder, desplazarse, atenderse en los centros de salud y regresar a sus domicilios (circuito accesible). Estas barreras abarcan los entornos, la movilidad y la utilización de ellos (incluyendo uso de baños, cafeterías, zonas de esparcimiento, etc.), debiendo considerarse el transporte y la zona perimetral además de las edificaciones, el mobiliario y el equipamiento médico.

Algunos ejemplos de barreras:

- Transporte estándar (no accesible) para llegar al centro de salud.
- Ausencia de rebajes de cordón en las manzanas perimetrales.
- Escalones o escaleras en el acceso o en el interior de los edificios.
- Puertas estrechas (apertura con espacio libre menor a 80 cm.).
- Pasillos angostos o bloqueados con objetos (plantas u otros obstáculos) que impiden la circulación de personas usuarias de sillas de ruedas o con alguna ayuda técnica.
- Camillas fijas o no regulables en altura y con escaso espacio lateral.
- Probadores estrechos (o inexistentes).
- Instrumentos mamográficos estándar (sin vástago regulable).
- Baños estándar (sin espacio para desplazamiento autónomo).

Estas barreras pueden actuar al mismo tiempo, determinando situaciones de grave vulneración de los derechos de las personas con discapacidad y generando un aumento de la discapacidad y de la dependencia. (38)

La accesibilidad física es una propiedad del entorno edificado o urbanizado y es la que permite que las personas participen y utilicen con la mayor autonomía y seguridad posible, sus casas, centros de salud, trabajos, teatros, tiendas, almacenes, plazas, parques, playas, entre otros. La infraestructura y diseño de dichos espacios debe favorecer la participación social y económica de la población en su conjunto.

Barrera de comunicación e información.

Las 'barreras de comunicación' definidas en el artículo 9 de la CDPD, afirma que: son aquellas que impiden la interacción fluida y efectiva entre las personas. Se presentan con mayor intensidad en la atención de personas con discapacidad visual, auditiva o intelectual.

Como refiere la CDPD en el artículo 2, la 'comunicación' para ser accesible deberá: incluir lenguajes, visualización de textos, el braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso. (1)

Hay que tener en cuenta que toda medida hacia una comunicación más accesible (desde señales visibles y audibles en salas de espera, hasta presencia de intérpretes de LSU y mediadores/as para personas con discapacidad auditiva, o materiales informativos en macro tipo, lectura fácil, pictogramas, braille, etc.) es de utilidad tanto para el personal de salud, como para la persona con discapacidad. (38)

Algunos ejemplos:

- Formas de llamar en las salas de espera que no contemplan las diversas deficiencias posibles.
- Única forma de dar la información, sin contar con formatos alternativos.
- Expresar conceptos muy rápidamente y con alto contenido de abstracción y complejidad.
- Usar terminología médica o de manera compleja (especialmente si se trata de personas con discapacidad intelectual, sordas o hipoacúsicas).
- Hablar a una persona con discapacidad auditiva sin mirarla o sin tener visible el rostro debido a la mascarilla facial.

7. PERSONAS CON DIFERENTES TIPOS DE DISCAPACIDAD

Siguiendo la conceptualización sobre discapacidad acordada en la CDPD, las personas pueden tener de forma innata o adquirida deficiencias asociadas a estados de situación que, en la interacción con su entorno, las coloca en desventaja y con limitaciones a la hora de desenvolverse de forma autónoma en la vida social y en su vida privada.

Por otra parte, el modelo bio-psico-social de la discapacidad planteado también en la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) del 2001, las dimensiones biológica, psico-emocional y socio-cultural que constituyen a cada sujeto, dialogan entre sí, se complementan, se contienen; y en este sentido, deben ser consideradas a la hora de comprender la individualidad de cada persona. Teniendo esto presente, pueden clasificarse a modo general diversos tipos o situaciones. (2)

Con la finalidad de generar recomendaciones específicas, se pueden lograr identificar y caracterizar algunos tipos de limitaciones. Y definir acciones específicas para eliminar los obstáculos/barreras que vulneran los derechos de las personas con discapacidad a la hora de concurrir a los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Con un sentido didáctico, en el próximo capítulo se explicitan una serie de recomendaciones, para brindar una atención inclusiva a personas con diferentes tipos de discapacidad: motriz, sensorial (visual y auditiva), intelectual y psíquica. La implementación de estas recomendaciones permitirán mejorar el acceso a la atención de las personas con discapacidad y avanzar hacia una atención de salud más inclusiva y sujeta a derechos.

Con la finalidad de que puedan servir de guía a las instituciones de salud, en sus registros patronímicos de afiliación, para entender a las personas a las que se están dirigiendo y tener claridad de sus necesidades específicas, se presentan a continuación, las preguntas del 'Grupo de Washington' (WG-SS)'. Las mismas ayudan a identificar tipos de deficiencias en sus asociados.

Resumen del funcionamiento del Grupo de Washington (WG-SS). (39)

Introducción: Las siguientes preguntas se refieren a las dificultades que puede tener una persona para realizar ciertas actividades debido a un problema de salud.

1. ¿Tiene dificultades para ver, incluso si usa anteojos?
2. ¿Tiene dificultades para escuchar, incluso si usa un audífono?
3. ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?
4. ¿Tiene dificultades para recordar o concentrarse?
5. ¿Tiene dificultades con el cuidado personal, (por ejemplo para lavarse o vestirse)?
6. Usando su idioma habitual, ¿tiene dificultades para comunicarse (por ejemplo, comprender o ser entendido por otros)?

Para su análisis e interpretación, se señala que: cada una de las preguntas tiene 4 opciones de respuestas excluyentes:

1. No, sin dificultad
2. Sí, alguna dificultad
3. Sí, mucha dificultad
4. No puedo hacerlo en absoluto.

La 'deficiencia' se determina, según el WG-SS, cuando la persona se autopercibe con 'mucha dificultad' o 'no puedo hacerlo', en al menos una de las seis preguntas. Y cada una de estas 6 preguntas orienta a la clasificación correspondiente.

8. RECOMENDACIONES PARA EL BUEN TRATO SEGÚN TIPOS DE DISCAPACIDAD

8.1. ASPECTOS CLAVES PARA TODOS LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD

Es muy importante que todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, garanticen la accesibilidad universal a los mismos, aplicando las leyes existentes sobre la temática, para que las personas con discapacidad logren hacer efectivo el derecho a la atención en salud.

Un servicio de salud inclusivo responde y se adecua positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de toda la sociedad.

Tener un servicio de calidad para las personas con discapacidad supone diseñar e implementar una estrategia de accesibilidad universal, que cuente con el compromiso y la capacitación del personal de salud para que protagonicen el cambio de paradigma, apropiándose de las medidas implementadas y materializadas y sumando en forma permanente una mirada crítica y transformadora de las prácticas profesionales.

Las instituciones de salud deben ofrecer un servicio de salud de calidad con accesibilidad universal en todos los niveles de atención. La accesibilidad favorece la participación plena y autónoma de todas las personas, y en especial de las personas con discapacidad. Es la condición para el ejercicio del derecho a la salud, es una condición mínima e imprescindible.

En este sentido, es relevante:

- **Generar procedimientos de recopilación de información sobre los usuarios y usuarias con discapacidad** y sus necesidades específicas, para flexibilizar las propuestas y ofertas de atención (por ejemplo: extender el horario de consulta), y tomar las medidas posibles para garantizar una atención adecuada.
- **Involucrar a las organizaciones de personas con discapacidad para asesorar** a los movimientos de usuarios del sistema de salud, con la finalidad de incidir en el desarrollo de medidas en los servicios de salud que los vuelvan accesibles e inclusivos.
- **Mejorar los canales de relacionamiento en el sector jurídico (abogacía)** previstos desde el MSP, para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos ciudadanos, haciendo oír sus voces, con la finalidad de garantizar que las pautas establecidas

para asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud, estén acordes a las necesidades de los usuarios.

- **Mapear los servicios para personas con discapacidad en los territorios** (instituciones, residencias, centros de rehabilitación) para promover un mejor acceso. Al respecto, puede ser muy útil apoyarse en la 'Guía de derechos y apoyos para personas con discapacidad en Uruguay'. (40)
- Contactar con los **servicios de transporte público y privado** para relevar las posibilidades de llegada a los centros de salud de las personas con discapacidad, así como las condiciones de accesibilidad de los entornos.
- **Cumplir con las normas de accesibilidad universal UNIT** para que los usuarios/as puedan hacer uso del servicio, con plena autonomía y seguridad.
- **Proporcionar a los profesionales de la salud un tiempo de atención en la consulta, mayor a los estándares actuales** estipulados para la misma, para garantizar una atención de calidad y ajustada a derechos.
- En los casos necesarios de personas en que su situación de discapacidad lo amerite tener un acceso a la consulta priorizado y así evitar las esperas que a las personas les pueden resultar complejas.

a) Recomendaciones generales para eliminar barreras físicas.

Respecto a la llegada/ ingreso/ egreso al servicio de salud es importante asegurar:

- El acceso universal de todas las personas a los distintos servicios de salud. Por eso es importante contemplar todos aquellos aspectos relacionados a la consulta: la reserva previa, el salir de su casa, asistir a la misma y retirarse del lugar, entre otros.
- La accesibilidad universal se rige por la normativa UNIT; la misma recoge los criterios y establece los requisitos mínimos para garantizar la accesibilidad universal, y específicamente los elementos que brinden condiciones de seguridad a los usuarios. De forma particular, en las áreas de rescate o la creación de las mismas en caso de no existencia. Es decir de las áreas que posibilitan permanecer en condiciones de seguridad a quien la ocupa, mientras una situación de emergencia es resuelta o hasta que la persona sea asistida.
- La coordinación entre sectores, para garantizar la cercanía de una parada de línea de transporte accesible, cuidando también la seguridad. Si no existe, gestionar la instalación de la misma.

- Itinerarios accesibles (circuitos) desde la parada o terminal de ómnibus, al centro de atención en salud y sus respectivos consultorios.
- Estacionamientos para personas con discapacidad próximos a los lugares de ingreso.
- La coordinación de citas con horarios adecuados al transporte accesible y desplazamiento de los usuarios, considerando también las diversas consultas que pudiera tener que programar.
- A través de coordinaciones intersectoriales con programas nacionales y locales, para garantizar la universalidad del transporte público accesible.

Respecto al exterior del edificio es necesario asegurar:

- Rebajes de cordón en esquinas próximas, así como también en el centro de atención.
- Estacionamiento reservado con señalización de accesibilidad universal vinculado a un itinerario accesible.
- Veredas circundantes en óptimas condiciones, sin desniveles, ni resaltes, sin escalones, baldosas sueltas, pedregullo o cualquier material irregular. Cuidar la utilización de especies vegetales en los espacios de circulación peatonal, que puedan desprender hojas o flores y generar pisos resbaladizos o lugares con espinas que invadan el espacio peatonal.
- Un ingreso con accesibilidad universal sin escalones y sin desniveles. En aquellos casos donde no se pueda lograrlo, será necesario contar con rampas y ajustes razonables para garantizar el uso del servicio por personas usuarias de sillas de ruedas y con movilidad reducida, tanto para los ingresos/egresos así como también dentro del centro de salud.
- Pavimento diferenciado que identifique los accesos desde el exterior de los edificios hacia las puertas de ingreso, así como circuitos y puntos de interés.
- Una señalización adecuada, sea en la forma visual, como en el uso de altos contrastes como pueden ser (blanco y negro, azul y blanco, entre otros).
- Que no exista confusión y desorientación a personas con discapacidad visual. Para esto, es necesario evitar las superficies reflectantes y utilizando pavimentos indicadores táctiles, de advertencia y direccionales para indicar puntos de interés, como entradas, ascensores, escaleras, recepción, etc.

En el exterior e interior del edificio se debe asegurar:

- Que los espacios o elementos accesibles sean señalizados con el símbolo gráfico de accesibilidad como está dispuesto en la norma UNIT 906. (15)
- Que en el entorno edificado existan medios de orientación, información y señalización suficiente que posibilite a las personas encontrar el camino, evitar obstáculos, e identificar cuando se haya llegado a destino.
- Personal de salud que esté disponible para ofrecerse como guía, en caso de que fuese necesario. En caso de ser guía de una persona con discapacidad visual es importante anunciar el momento en que se retiran de su lado. En páginas posteriores profundizará en cómo ser un apoyo para una persona con discapacidad visual.

En el interior del edificio es importante asegurar:

- Existencia de puertas, pasillos y galerías, rodapiés, pasamanos, barandas, agarraderas, y escaleras conforme a lo establecido en las normas UNIT 200. (22)
- Espacios comunes libres de cualquier obstáculo para favorecer el libre desplazamiento y la accesibilidad a los distintos espacios.
- Baños accesibles conectados a un recorrido accesible y señalizado debidamente.
- Ascensor accesible conforme a las normas UNIT en caso de existir servicios en diferentes pisos.
- Mostradores y mobiliarios accesibles conforme a normas UNIT. Un mostrador cuenta con accesibilidad universal cuando permite su uso por todas las personas, considerando baja estatura, espacio de aproximación y uso para usuarios de silla de ruedas o con movilidad reducida. Cuando un mostrador no es accesible se debe evitar generar una situación incómoda para la persona que se acercó buscando otras alternativas para brindar una atención adecuada.
- Prioridad para la atención de personas con discapacidad psíquica.
- Dispensadores de números que permitan el uso y su aproximación por personas usuarias de sillas de ruedas, así como por personas que estén de pie. La altura máxima para el retiro de números debe ser de 110 cm desde la altura de piso terminado y se deben disponer de la mayor cantidad de medios disponibles complementarios: dispositivo visual, auditivo y táctil para facilitar su uso por personas con discapacidad visual y auditiva. (22)

Se recomienda realizar una auditoría de accesibilidad de su centro de salud que incluya la planta física, de comunicación y de información del centro de salud y en la que participen personas con discapacidad, de esta manera se tendrá un diagnóstico real. Luego de lo cual, ir eliminando las barreras existentes a través del cumplimiento de las normas del MSP existentes, las cuales deberán tener actualizaciones periódicas que tengan en cuenta referencias internacionales, en acuerdo con las organizaciones de personas con discapacidad existentes.

b) Respeto a la terminología que se usa para referirse a las personas con discapacidad.

En conformidad con la CDPD, el término consensuado es 'personas con discapacidad'. Con esta denominación formalizada y recogida por los Estados Partes que ratifican la CDPD, las demás expresiones quedan obsoletas. Lo cual es un aliciente en la conquista de las personas con discapacidad por la connotación negativa y estigmatizante que ellas conllevan: 'discapacitado', 'disminuido', 'víctima', 'afectado por', 'normal-anormal', 'inválido', 'paciente', 'pobrecito', 'minusválido', 'impedido' y otras de similar connotación que pudieran existir. Asimismo, también se exhorta evitar el uso de términos como: 'valiente', 'valeroso', 'héroe', 'virtuoso', 'capacidad diferente'. (24)

c) Respeto a la forma de tratar a las personas con discapacidad.

Más allá de las especificidades a tener en cuenta en cada tipo de discapacidad, se vuelve importante considerar siempre que:

- **Es importante consultar a la persona con discapacidad, si prefiere entrar acompañada o no a la consulta,** y respetar su elección.
- **Es necesario hablar a la persona directamente, no a su acompañante.** Evite suponer que la persona está ausente de ese acto de comunicación, más allá de que necesite apoyos para la comunicación y de que esté acompañada.
- **Las personas con discapacidad no siempre necesitan ayuda, en todo momento y en toda circunstancia.** En caso de ofrecerle ayuda, es importante esperar, hasta que la persona misma otorgue su acuerdo.
- **Todas las personas con discapacidad, sin exclusiones, pueden tomar decisiones autónomas (solas o con los apoyos necesarios).** Es un proceso complejo, que conlleva cambios profundos tanto en las actitudes (individuales, de los equipos de

salud, de las familias y de las personas con discapacidad). Es por esto, importante que los equipos de salud puedan velar y garantizar las condiciones para que la toma de decisiones pueda darse de manera autónoma y sin presiones externas. (mediaciones arbitrarias de familiares o de personal de salud, falta de información suficiente, procedimientos de salud sexual y reproductiva, etc.). (38)

- **El campo de la sexualidad vinculado a las personas con discapacidad aparece históricamente asociado a múltiples prejuicios y desconocimiento que, pueden reflejarse en barreras actitudinales. Es necesario desarraigar las mismas, pues limitan el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos para este colectivo; y como consecuencia, restringe el acceso a prestaciones y a una correcta prevención de infecciones y enfermedades.** Al respecto, es oportuno mencionar las principales creencias que permanecen en la sociedad limitando el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, y sobre todo mujeres y niñas: Las personas con discapacidad son 'seres asexuados', las personas con discapacidad son 'eternos niños', las personas con discapacidad son 'híper-sexuadas', las personas con discapacidad 'no pueden ser madres o padres y cuidar a sus propios hijos. (38) Si se desea profundizar se recomienda consultar la guía ministerial vigente 'Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad'.

8.2. PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Son personas que poseen limitaciones en la marcha u otra función que responda al sistema motor que afectan el control y el movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración, limitando su desarrollo personal y su participación en actividades de su vida privada y social. Sobre todo en lo vinculado con el acceso edilicio, el transporte, el uso de servicios públicos como cabinas de teléfonos, mostradores de atención al público, baños, ascensores, consultorios, entre otros. (24)

Algunos ejemplos: lesión medular traumática, espina bífida, parálisis cerebral, hemiplejias, distrofia muscular progresiva, etc.

Para la atención a personas con discapacidad motriz cobran mayor relevancia superar las barreras físicas existentes en los centros y servicios de salud de todo el SNIS.

Se proponen algunos aspectos que serían necesarios tener presentes:

a) Recomendaciones para eliminar barreras físicas.

EN LA CONSULTA ES IMPORTANTE ASEGURAR.

- Que los cambiadores en los consultorios tengan suficiente amplitud para garantizar que una persona con movilidad reducida o usuaria de silla de ruedas, pueda cambiarse con autonomía y privadamente.
- En el caso de que el cambiador no sea accesible, que la persona se cambie con privacidad y que sea acompañada por quien ella elija. (38)

EN CUANTO A EQUIPAMIENTO MÉDICO FIJO Y MÓVIL, EL SERVICIO DEBERÁ ASEGURAR.

- Camilla ginecológica accesible (que sea regulable en altura y articulada) o aparatos de transferencia.
- Mamógrafo accesible (regulable en altura).
- Balanza adaptada para silla de ruedas, e instrumentos para medir segmentos corporales (ejemplo: longitud rodilla-talón).
- Espéculos de distintas dimensiones.
- Para el examen pélvico o examen de próstata, en caso de personas con problemas en las caderas, espasmos y/o movilidad reducida, la posibilidad de proponer posiciones alternativas y herramientas alternativas. (38)

b) Recomendaciones para eliminar barreras comunicacionales.

Los servicios de salud deberían garantizar que las personas con discapacidad y el personal (administrativos, auxiliares, técnicos y profesionales de áreas de atención directa al paciente o de técnicas de diagnósticos, farmacia y otras), puedan comunicarse de forma adecuada.

- Es importante situar carteleras, afiches y folletería en posiciones fácilmente ubicables y asegurar que los dispensadores de órdenes electrónicos tengan una altura adecuada para facilitar su acceso para personas con discapacidad motriz usuarias de silla de ruedas.
- Si la persona está en silla de ruedas, se sugiere situarse de frente y a la misma altura de ser posible, para hablar con ella. Dirigirse a la persona en silla de ruedas y no a su acompañante.
- Si la persona camina despacio y usted va en su compañía, ajustar el paso al de ella. Tomar especial cuidado para no interferir con su desplazamiento. Si desconoce cómo manejar una silla de ruedas, se debe preguntar al usuario o al acompañante cómo hacerlo. Evitar apoyarse y/o tomar/mover la silla de ruedas de la persona sin su consentimiento; la misma forma parte de su espacio personal.

c) Recomendaciones para eliminar barreras actitudinales.

Cuando se menciona al personal de salud, se refiere a todo el personal que trabaja en las instituciones prestadoras de salud, independientemente de sus funciones y del nivel de atención en el que se desempeñe. Para que el personal de salud (profesionales, técnicos, de gestión, administrativos o de servicio) puedan garantizar una asistencia de calidad que garantice el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad, se recomienda:

- **Utilizar un lenguaje respetuoso y no discriminatorio.** El término correcto es 'personas con discapacidad motriz', 'personas usuarias de silla de ruedas'. No es oportuno utilizar palabras alternativas como: 'lisiadas', 'paralíticas', 'minusválidas', 'postradas', 'imposibilitadas', 'confinadas o relegadas a sillas de ruedas', etc. (24)
- **Ofrecer la colaboración, preguntándoles** siempre si necesitan ayuda y de qué tipo; evitando imponer nada sin consultar a la persona previamente.
- **Evitar alejar o mover las ayudas técnicas** de las personas con discapacidad motriz sin su autorización, pues hacen parte de su espacio corporal.
- **Preguntar siempre si quieren entrar solos** a la consulta médica,

en caso de que acudan al servicio con acompañante, Si ingresan acompañadas, es importante dialogar directamente con o la persona; y no con su acompañante. (38)

- **Tener una actitud de predisposición a la escucha;** para esto es necesario reconocer que quienes mejor saben sobre sus necesidades son las propias personas con discapacidad.
- **Desarrollar siempre una escucha empática** hacia la persona con discapacidad que consulta, para la detección precoz de situaciones de maltrato o abuso sexual, dado que las mismas suelen ocurrir en la interacción con personas, de sus entornos inmediatos. La consulta de atención en salud pueda ser el único momento para que emerja un pedido de ayuda. Es importante respetar la autonomía de la persona con discapacidad y garantizarle una atención en el marco de la confidencialidad. Tomar en cuenta los protocolos de atención existentes en el SNIS para la atención de situaciones de violencia basada en género y generaciones. Recordar que cada prestador tiene un equipo de referencia (ER) para la atención de estas situaciones a quién el técnico puede consultar. Asimismo el ER dispone de un teléfono de contacto para urgencias.

8.3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL

Se trata de personas en situación de discapacidad provocadas por limitaciones en donde se hallan disminuidos uno o más de los sentidos. EJEMPLOS: ceguera, pérdida de visión o baja visión, sordera y pérdida de audición o hipoacusia, sordoceguera, anosmia, discapacidad somatosensorial y trastornos del equilibrio.

8.3.1. Discapacidad visual

La discapacidad visual comprende a personas con:

- **Baja visión:** en la actualidad, por cada persona ciega, existen cuatro personas con baja visión, que debido a diferentes patologías (glaucoma, diabetes, retinosis pigmentaria, catarata, entre otras) ven reducido su campo visual y/o agudeza visual y por ello también pueden requerir en algunos casos de ajustes razonables en diferentes circunstancias y situaciones.
- **Ceguera:** se trata de una ausencia de la visión. Esa ausencia puede ser congénita o adquirida. Pueden requerir de ayudas técnicas (bastones, perros guías, etc.).

El grado de autonomía, depende entre otros factores del proceso de rehabilitación que haya realizado: rehabilitación integral, rehabilitación básica, rehabilitación visual y rehabilitación en salud.

Existe la creencia de que las personas con discapacidad visual tienen mayor capacidad a nivel de oído, olfato, tacto o de memoria; lo que sucede es que, la persona optimiza la información recibida por los demás sentidos.

a) Recomendaciones para eliminar barreras físicas.

Es importante que:

- El entorno edificado y los espacios cuenten con medios de orientación, información y señalización suficiente y adecuada (en formato visual, sonoros, táctil y con pavimentos indicadores táctiles según norma UNIT-ISO 23599 productos de apoyo para las personas ciegas y con discapacidad visual que les posibilite encontrar el camino, evitar obstáculos, e identificar cuando se haya llegado a destino. (21)
- Se usen pantallas para números de consulta en tamaños recomendados por las normas UNIT, además del llamado personalizado con apellido o nombre, incluyendo también, a las personas con discapacidad auditiva.

- Se garantice la existencia de números en sistema braille o letra grande (macrotipos) o un procedimiento de llamado sonoro del número, para personas con discapacidad visual. (24 y 38)

b) Recomendaciones para eliminar barreras de comunicación

En términos de accesibilidad universal, es necesario:

- Contar con llamadores auditivos. Es decir que, el llamador electrónico verbalice el número y el puesto a dónde la persona debe dirigirse.
- Producir versiones en macrotipos, sistema braille, audio, lectores de pantallas, pdf reader, código QR, páginas web accesibles, entre otras opciones.
- Utilizar el reconocimiento táctil de objetos como apoyo a la descripción de objetos o acciones. Se pueden disponer de maquetas en formato 3D, o utilizar réplicas de órganos o cuerpos humanos para dar a conocer posibles procedimientos médicos; así como también, los espacios físicos, instrumentos, etc.
- A la hora de ofrecer algo a una persona con discapacidad visual, anunciar de qué se trata, ser lo más claros posibles en las descripciones, apelando a un lenguaje sencillo.
- Asegurarse que la persona ha comprendido. Ante dudas, se puede preguntarle si tiene conocimiento o necesita de otros elementos (apoyos) para elaborar una imagen mental sobre aquello que se intenta comunicar. Incluso, consultar a la persona con discapacidad, qué le sería útil para dicho fin.
- Facilitar dispositivos de comunicación accesibles como sistemas auditivos, dispositivos multimedia de fácil acceso, medios de voz digitalizada, etc.
- Describir verbalmente y claramente la información de tipo visual que se intenta transmitir.
- Utilizar coordenadas espaciales (derecha, izquierda, delante, detrás, etc.), evitando términos como 'esto', 'aquello', 'aquí', 'allá', etc.
- Leer la información escrita o gráfica en acuerdo con la persona ciega o con baja visión.
- En caso de realizar un examen físico, explicarle previamente en qué consiste. Durante el examen, es necesario anticipar los procedimientos que se realizarán para evitar sobresaltos o movimientos reactivos que complejizan la atención. También es importante comunicar los hallazgos, siguiendo los procedimientos de información habituales para la situación. (24 y 38)

Para el desplazamiento existen algunas ayudas técnicas necesarias en las distintas situaciones de discapacidad visual:

- Las personas ciegas que optan por la utilización del bastón, utilizan el bastón de color blanco. Este es el color internacionalmente distintivo de la ceguera total.
- Las personas con baja visión que optan por la utilización del bastón, utilizan el bastón de color verde. Si bien el mismo, aún no está reconocido internacionalmente, Uruguay y Argentina utilizan este color como convención para distinguir a las personas con baja visión.
- En caso que la persona sea sordo-ciega puede utilizar bastón blanco con círculos rojos alternados.
- La persona con discapacidad visual detecta la condición del suelo con el bastón, al golpearlo sobre el terreno, de derecha a izquierda. A su vez estará protegiendo su parte baja del cuerpo, por lo que no podrá detectar obstáculos que aparezcan por encima de su cintura (Técnica Hoover). Se recomienda la instalación de veredas podotáctiles para ayudar al desplazamiento pues ayuda a indicar el camino que debe seguir la persona. (24)

Algunas recomendaciones relacionadas a los apoyos necesarios de las personas ciegas o con baja visión en entornos no accesibles:

- Identificarse siempre al dirigirse a una persona en situación de discapacidad visual.
- Si se le ofrece o indica alguna cosa, explicarle de qué se trata y en qué lugar exacto se encuentra, utilizando expresiones tales como a su derecha o izquierda, delante o detrás de usted, arriba, abajo, entre otras.
- Si la persona necesita ayuda para ser guiada en la calle o dentro de un edificio, ofrézcale el brazo. Ella le indicará según su mano hábil, si prefiere tomarse del brazo izquierdo o derecho. La persona seguirá los movimientos de su cuerpo, caminando a su lado, ligeramente detrás de quien la guía.
- Advertirle de posibles obstáculos que se encuentren a su paso explicitando de qué se trata. Evite decir '¡cuidado!', sin especificar cuál es el motivo de esa señal. (24 y 38)

Para ayudar a lograr mayor autonomía en relación al ambiente:

La visión humana es panorámica, de un vistazo solamente se puede apreciar infinidad de información sobre objetos, personas o entornos que se

encuentran alrededor o inclusive a grandes distancias.

Por lo cual, es importante que:

- Alguien oficie de guía y le proporcione la información más relevante que sea requerida por la persona sobre el entorno que le rodea. Si la persona se encuentra sola en un lugar que desconoce, por ejemplo en un evento, es importante que se la pueda asistir en caso de que requiera colaboración para egresar del mismo, concurrir al baño, etc.
- Cuando la persona realice una consulta sobre una dirección o lugar al que desea concurrir, se utilicen referencias concretas para realizar las indicaciones, expresadas (ejemplo: en pasos, metros, cuadras, etc). Evitar indicaciones vagas (por ejemplo, usando términos 'para allá' o 'para acá', etc.).
- Evite dejar sola a la persona con discapacidad visual, sin advertirle previamente. (24 y 38)

Aspectos a tener en cuenta para guiar en el interior de un edificio:

- Si el edificio en el ingreso al mismo posee una rampa con pasamanos, guiar su mano hasta el mismo.
- Si en la entrada existen escaleras, informar a la persona cuando se encuentre frente al primer escalón; lo mismo cuando deje atrás el último escalón, así como también si la escalera sube o baja.
- Si en la entrada existe una puerta giratoria, observar el desplazamiento de la misma y tratar de orientar a la persona para que adecue su marcha al ritmo de desplazamiento de la puerta.
- Para ingresar por una puerta giratoria, lo mejor es que la persona en situación de discapacidad visual pase antes que quien guía. Tratar de detener o aminorar la marcha de la misma y colocar su mano sobre uno de los paneles giratorios para que la persona se dé cuenta de la dimensión del compartimento e inicie el movimiento. Evite en cualquier situación ingresar junto a ella.
- Si la persona debe utilizar una escalera mecánica, preguntarle si está familiarizada con su uso. De ser así, indicarle si sube o si baja; luego colocarle su mano sobre la cinta sin fin. La persona en forma independiente sabrá cuando la misma llega a su fin. Si la persona no sabe usarla, buscar un ascensor para cambiar de nivel en el edificio.
- Si el ascensor no cuenta de botonera con señalización en braille, números en relieve o señales acústicas, tratar de que alguna persona pueda acompañarla al lugar de destino.

- Si debe pasar por un lugar angosto, advertirle de este hecho y la persona que guía debe mover el brazo hacia su espalda para que la persona se tome de su muñeca y marche en forma segura detrás de usted.
- Para indicarle un asiento, tomar su mano hábil y ponerla sobre el respaldo de la silla o sobre el brazo del sillón; la persona sabrá tomar asiento por sus propios medios. Informar a su vez, si existe una mesa por delante.
- Si se le entrega algún material a leer, la persona puede requerir que esta información se encuentre en formato braille, digital o en caracteres ampliados.
- Si necesita solicitarle que firme algún documento que revista importancia, intentar de que sea una persona de su confianza quien lea el texto que sea correcto; de no contar con esta posibilidad, brindar los datos de la persona responsable que le leerá dicho documento. Llevar el dedo índice de la mano no hábil hasta el principio de la línea en donde se debe firmar, para que ella pueda orientarse y realizar su firma.
- Al salir o ingresar a una habitación comunicarle a la persona de este hecho.
- Al guiar a la persona hasta un baño, indicarle dónde se encuentra el inodoro, si existe algún accesorio donde colgar una ropa o cartera, dónde se encuentra el papel higiénico, la pileta para lavarse las manos y si hay toallas de papel o seca manos.
- Para subir a un auto, colocarle la mano sobre la manija de la puerta, o si está abierta, colocar una de ellas sobre el techo del vehículo y la otra sobre la puerta que está abierta. (24 y 38)

c) Recomendaciones para eliminar barreras actitudinales

Es importante utilizar siempre un lenguaje respetuoso y no discriminatorio. Los términos correctos son **'persona ciega'**, **'persona con baja visión'** o **'persona con discapacidad visual'**.

No es oportuno utilizar palabras alternativas como: 'ciego', 'lisiadas', 'minusválidas', 'imposibilitadas', 'corto de vista' o 'no vidente'. Se considera ofensivo utilizar diminutivos, como por ejemplo 'cieguito', etc. (24 y 38)

Los servicios de salud deben garantizar que las personas con discapacidad visual y el personal (administrativos, auxiliares, técnicos y profesionales, de áreas de atención directa o de técnicas de diagnósticos, farmacia, etc.) se puedan comunicar de forma comprensible y respetuosa. Es necesario introducir medios y formatos aumentativos y/o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso. Pero también será necesario realizar seminarios de actualización acerca del buen trato a la persona con discapacidad visual, para todo el personal de salud. (24 y 38)

8.3.2. Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva comprende a personas con:

- **Hipoacusia.** Se trata de un déficit auditivo parcial.
- **Sordera o anacusia.** Se trata de un déficit auditivo total. Esa ausencia puede ser congénita o adquirida.

La lengua de señas uruguaya (LSU) es la lengua natural de las personas sordas y así lo reconoce la legislación de nuestro país, Ley N° 17378 (año 2001). Es una lengua agrafa, por lo que no tiene escritura.

La lengua oral, en nuestro caso el español, es una segunda lengua para la persona sorda, por lo que aprender su lecto-escritura representa una gran dificultad y debe evitarse por ello, cómo medio principal de comunicación. Recomendaciones para eliminar barreras de comunicación.

Es importante utilizar un lenguaje respetuoso y no discriminatorio. El término correcto es '**persona sorda**' o '**con discapacidad auditiva**' o '**con hipoacusia**'. En lo específico, evite decir persona 'sordomuda' o utilizar diminutivos como 'el sordo' o 'sordito'.(24)

Siempre que el usuario utilice como medio de comunicación la LSU:

- Se deberá **asegurar la presencia física o virtual de un intérprete de LSU.** Éste es un técnico en comunicación, con una ética y secreto profesional que podrá asegurar una traducción estricta del español a la LSU y viceversa, sin intervenir ni agregar elementos de subjetividad para mejorar la comprensión. Si la persona sorda es usuaria de la Unidad de Salud para personas Sordas (USS), se podrá coordinar la presencia de un intérprete y/o mediador.
- **El 'mediador sordo'** es un recurso fundamental que trabaja en la USS y actúa como un 'puente comunicacional' entre la persona sorda y los profesionales de la salud y, eventualmente el intérprete, independientemente si el usuario maneja bien o no la LSU. Al igual que con la figura del intérprete, puede solicitarse la presencia del mediador en la consulta.
- **La figura de mediador** permite que, en el ámbito de la salud exista otra persona, que comparte la identidad y la cultura del usuario sordo, asegurando la comunicación, teniendo permitido en su rol, intervenir en la comunicación entre el profesional de salud y el paciente, con el objetivo de ampliar y/o solicitar nueva información o explicación para facilitar la comprensión del usuario sordo.
- **Facilitar y autorizar la presencia del intérprete de LSU y del mediador** si así se requiere, en toda instancia donde sea necesario

garantizar la comunicación con el paciente o donde la paciente y/o profesional de la salud sienta que es necesario, para asegurar el acceso a la información. (23)

- **La Lengua de Señas Uruguaya** se basa en las señas pero también en la gestualidad, por lo que es de gran importancia mantener el rostro descubierto para una adecuada comunicación. Si esto no fuese posible de forma alguna, será importante garantizar previamente una instancia informativa a la persona sin mascarilla.
- **Evitar retirar audífonos en los procedimientos**, siempre que esto no dificulte el procedimiento a realizar.
- **Si las personas sordas hacen lectura labial** es importante situarse en un lugar donde se las pueda ver con claridad; hablarle de cerca, de frente, a su altura y con el rostro suficientemente iluminado. Tener presente que no todas las personas sordas, leen los labios.
- **Apoyarse en la utilización de material visual** para ayudar a la explicación o información que se esté brindando.
- **Hablar con su voz, naturalmente, ni muy deprisa ni muy despacio. Vocalizar bien, sin exagerar, ni gritar.** Si bien es recomendable utilizar gestos y/o lenguaje escrito, se debe tener en cuenta que muchas personas con discapacidad auditiva no manejan el lenguaje escrito.
- **En ausencia de intérprete profesional** (y si no hay posibilidades de gestionar este recurso rápidamente), muchas veces puede cumplir su función un familiar y/o conocido/a, aunque no es una situación óptima pues contamina la confidencialidad de la persona. Es preciso puntualizar que, el 80% de las personas sordas nacen en familias oyentes que no manejan LSU, por lo que no se asegura que la información que se desee transmitir a la persona sorda, llegue adecuadamente. En aquellos casos en que algún familiar oficie de intérprete, es necesario tener especial cuidado que no sea vulnerado el derecho de la persona a decidir sobre sí misma (ver disposiciones de la ley n.º 18.426 respecto al derecho a la decisión y el consentimiento informado). (38 y 41)

Para llevar adelante un trato adecuado:

Existe en la comunicación con la persona con discapacidad auditiva, una limitación en la producción del lenguaje oral. Por lo cual será importante:

- Tener presente que el tiempo, el ritmo y la pronunciación son distintos al de las personas sin discapacidad auditiva.

- Si no comprende lo que dice, hacérselo saber para que lo repita o lo comunique de otra forma alternativa.
- Hacer preguntas cortas y que requieran respuestas cortas.

La forma correcta de dirigirse a la persona con discapacidad auditiva es:

- Llamarla por su nombre y en formato visual desde el consultorio.
- Hablarle de frente, evitando hacerlo si la misma está de espaldas o si usted se encuentra de espaldas o con la cabeza agachada.
- Atraer su atención haciéndole una seña; de no conseguirlo, tocarle el hombro con un movimiento muy suave, siempre dentro de su campo visual (evitar tocar a la persona cuando está de espalda). (24 y 38)

Si se va a reunir con una persona sorda:

- Dirigirse a la persona sorda y no al intérprete; éste no la sustituye.
- Si es una reunión donde participan muchas personas, ordenar el diálogo de modo que no se hable al mismo tiempo. Esto es necesario para dar espacio a que la persona sorda pueda ubicarse y saber quién le está hablando.
- La interpretación no es ni puede ser textual, sino que es una representación conceptual del contenido del mensaje, del diálogo que se está estableciendo.
- El intérprete necesita tiempo y detalles para poder transmitir con exactitud, ese contenido. (24 y 38)

Si va a reunirse con una persona con hipoacusia:

- Preguntarle dónde sería mejor que usted se sentara.
- Si hay varias personas en una reunión, es necesario que se sienten en semicírculo, para que la persona con hipoacusia tenga visión de todas las personas y pueda saber quién está hablando.
- Si la persona realiza lectura labial, es importante mirarla directamente y hablarle de manera natural y clara. (24 y 38)

Asegurarse de que la persona está comprendiendo el mensaje:

- Recordar que no todas las personas con discapacidad auditiva realizan lectura labial.

- Ser expresivo al hablar, ya que los movimientos faciales y de todo el cuerpo ayudarán a la persona a comprender.
- Verificar que la persona ha comprendido lo que le queremos transmitir.
- Cerciorarse de que realmente entendió el mensaje correctamente.
- Si usted no entendió, pedirle a la persona que repita lo que ha querido transmitir. (24 y 38)

Facilitadores necesarios para las personas sordas o hipoacúsicas en la realización de trámites

- Es recomendable que, cada oficina de atención al público cuente diariamente y durante todo el horario de atención con un funcionario que hable lengua de señas, con preparación previa y certificada para ello, y estimular al funcionario a realizar cursos.
- Es importante que las instituciones prevean cartelera clara y accesible, indicadora de oficinas, pasos del trámite y demás detalles para que sirva de guía a la persona con discapacidad auditiva y ésta no tenga que esforzarse o consultar en ambientes con los que no se cuenta con intérpretes o funcionarios formados en LSU.

En el caso que la persona se comunique a través de Lengua de Señas Uruguay, autorizar la presencia del intérprete en cualquier instancia donde se necesite comunicar con la persona, o donde la misma sienta necesitarlo. (24 y 38)

Recomendaciones para el trato de personas 'sordo – ciegas'

Estas personas tienen a la vez una ausencia total o parcial de la visión y de la audición; la discapacidad puede estar asociada, tanto a ambas deficiencias o a una de ellas.

Apoyos necesarios de las personas sordo-ciegas en entornos no accesibles:

- Las personas sordo-ciegas que optan por la utilización del bastón, utilizan el bastón de color blanco con círculos rojos.
- Utilizar bosquejos 'usted está aquí' en formato universal; incorporar 'mapas táctiles' en los centros de atención.

- Para captar su atención, iniciar el contacto tocándole en el hombro o brazo, presentándose y verificando cuál es la mejor forma de generar la comunicación entre ambas.

Se sugiere tener en cuenta que estas recomendaciones coinciden con las ya realizadas para las personas con discapacidad visual y con discapacidad auditivas.

En cuanto a apoyos específicos para las personas sordo-ciegas, fomentemos la utilización de métodos y formas de comunicación utilizadas por las mismas. A continuación se detallan algunas consideraciones a tener presentes, así como herramientas y/o dispositivos disponibles:

- Tecnologías de información y comunicación utilizadas habitualmente por personas con discapacidad visual, herramientas tiflotécnicas de acceso por voz y/o braille (JAWS, NVDA, VoiceOver, magnificadores de pantalla como por ejemplo zoom text, entre otros), considerando las necesidades de la persona en cuanto a voz, tono y volumen. (42)
- Uso de lengua oral y lectoescritura, lectura en soporte de audio y todos los dispositivos que lo permitan, utilización de LSU, la cual puede tener las particularidades propias de cada persona, dependiendo de cómo se realizó la adquisición a la misma.

¿Qué acción tomar si llega un paciente sordo-ciego al centro de salud?

- La comunicación es el elemento clave a abordar; **contar con el apoyo del intérprete personal/familiar del paciente** es fundamental, pues el medio de comunicación usado dependerá de las características y situación de cada personas sordo-ciega. Para aquellas personas con sordo-ceguera total se debe considerar que la forma de acceder a la información y comunicación será a través del tacto, por el uso de líneas braille o con LSU que se interpretan a través del tacto en la mano de la persona.
- **Otra forma posible de comunicación es el 'método tadoma'**, el cual es muy poco utilizado por la población con sordo-ceguera y consiste en recibir información por medio de la vibración. Si bien es un método que se utiliza para aprender a hablar por medio de la vibración, algunas personas pueden utilizarlo como forma de comunicación. El mismo consiste en colocar ambas manos en la cara del hablante, los dedos pulgares sobre los labios, los dedos meñiques en los hueso de la mandíbula y los restantes en las mejillas. (43)

- **Uso de comunicador táctil ONCE.** Es una aplicación para tablets y smartphones que permite la comunicación presencial; es gratuita y compatible con app store y google play. Permite la entrada de mensajes por medio de gestos táctiles, teclado en pantalla y línea braille con teclado externo. Este comunicador se usa con un teclado externo con alfabeto braille donde el usuario sordo ciego recibe la respuesta a través de la línea braille. El usuario puede utilizar también una serie de mensajes pregrabados que facilitan la comunicación.
(44)

Es importante tener presente que hay diversos dispositivos y/o aplicaciones que han sido desarrolladas para este fin, más allá de lo expresado anteriormente, por lo cual es importante considerar si la persona sordo-ciega utiliza algún dispositivo que requiera de conectividad y garantizar la misma (por ejemplo uso de implantes cocleares, audífonos, uso de líneas braille, entre otros).

8.4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica. La discapacidad se origina antes de los 18 años”. (45)

Algunos ejemplos: personas con dificultad para aprender, dificultad para entender las normas sociales, dificultad para percibir las consecuencias de sus actos, dificultad para resolver problemas, dificultad para pensar con lógica.

Se sugiere siempre tener presente en cada situación, la importancia de evaluar, si la persona tiene capacidad para tomar decisiones relacionadas a su salud en forma autónoma o mediante un sistema de apoyos.

Para esto será necesario:

- Preguntarse si cuentan con suficiente información accesible para tomar la decisión y si realmente comprendieron.
- Asegurarse que la persona esté decidiendo voluntariamente y no bajo presión de otros/as.
- Tratar a la persona de acuerdo con su edad, y no como si fueran niños.
- Limitar la ayuda a lo necesario, promoviendo la autonomía de la persona.
- Evitar situaciones que puedan generar discusiones o violencia, si la persona tiene dificultades para el relacionamiento personal.
- Fomentar el relacionamiento con las demás personas.
- Dirigirse siempre a la persona que consulta y no solamente a su acompañante.
- Consultar a la persona si puede realizar alguna pregunta a su acompañante, en el caso que sea necesario.
- Aclarar a la persona que acompaña, que evite influir en la comunicación con la persona consultante. (24 y 38)

a) Recomendaciones para eliminar barreras de comunicación

- Se sugiere producir versiones en lectura fácil y/o pictogramas, audio, video y/ o utilizando programas informáticos interactivos que ayuden a la comprensión y la comunicación. Es importante facilitar

dispositivos de comunicación multimedia de fácil acceso, pictogramas, dibujos, etc.

- Al dirigirse a personas con discapacidad intelectual, es importante utilizar un lenguaje sencillo y actuar con naturalidad. Se recomienda que la información que se brinde sea clara y concreta, sin apuro, utilizando frases cortas, sin tecnicismos.
- En una conversación se puede necesitar más tiempo para contestar, así como para constatar por parte del personal de salud, la comprensión de la información aportada. Se recomienda ser paciente y flexible con la persona.
- Es importante evitar suponer que no entienden o que no pueden comunicarse. Para esto se recomienda utilizar otras formas de comunicación como material gráfico (pictogramas, dibujos o emoticones), vocablos de lenguaje cotidiano, etc.
- Se recomienda no abusar de preguntas que requieren respuestas cerradas del tipo SÍ/NO. Este tipo de preguntas no facilitan una información objetiva, ya que puede haber una tendencia de la persona a contestar únicamente afirmativa o negativamente sin extenderse.
- Recordar usar la repetición con mesura, para asegurar que se ha comprendido el mensaje que se le ha intentado transmitir.
- Apoyar el lenguaje oral con lenguaje escrito, gráfico, gestual y/o dramatización.
- Si le parece que la persona no entendió, reiterar la pregunta y/o reformularla, si fuera necesario ejemplificar.
- Formular preguntas breves y precisas.
- Si se va a reunir con una persona con discapacidad intelectual, disponer información en formatos sencillos con fotografías o dibujos y que la letra de los documentos sea grande y en doble espacio. (24 y 38)

b) Recomendaciones para eliminar barreras actitudinales

La primera barrera a la que se enfrentan es el imaginario cultural y social construido. La barrera actitudinal se encuentra aferrada a mitos y prejuicios, que poco y nada se condicen con la realidad.

- **La forma correcta de referirse a estas personas es 'personas con discapacidad intelectual' o con la discapacidad a la que se esté refiriendo.** Es importante evitar usar expresiones como: 'retrasado/a', 'mongólico', etc. pues sólo refuerzan el estigma que pueda existir sobre las mismas. (24 y 38)

- En general, el personal de salud encuentra diversas barreras para lograr una buena comunicación, que va en desmedro de una atención de calidad, provocada por: falta de formación específica, por inseguridad, no saber como reaccionar, o por prejuicios. Esto puede generar un exceso de intervención o por el contrario, una actitud distante con menor iniciativa. (46)
- Al ser personas cuya valoración generalmente resulta compleja y los instrumentos empleados en población general pueden no resultar válidos, a veces los técnicos pueden subestimar las necesidades, sobre todo cuando se trata de la valoración del dolor o el malestar. Se recomienda tomar el tiempo suficiente y chequear debidamente la información subjetiva que se recibe, para lograr una correcta valoración. (46)

8.5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA

Este tipo de discapacidad clasificada según su origen, incluye las originadas por trastornos mentales. Se debe a que la deficiencia es de origen psíquico y a su vez hablamos de discapacidad por su relación negativa con el entorno. La discapacidad psíquica es el resultado de la relación negativa entre su condición de salud y el medio que lo rodea.

Según De Fuentes: “no todas las personas que sufren una enfermedad mental presentan una discapacidad. Para que así sea, se precisa que dicha enfermedad sea considerada grave”. Para esto, se deben cumplir tres criterios:

- a. Presentar un diagnóstico clínico que identifique la deficiencia a nivel psíquico, implicando principalmente los siguientes cuadros: trastornos esquizofrénicos, trastornos bipolares, episodios depresivos graves con sintomatología psicótica, trastornos depresivos recurrentes, trastornos obsesivos compulsivos, autismo y trastorno generalizado del desarrollo.
- b. Además de presentar una deficiencia psíquica, deben llevar consigo una duración prolongada en el tiempo: esto significa que la duración del tratamiento (psicológico, psiquiátrico, psicopedagógico) de dos años o más en un centro de salud mental o recorridos institucionales, o bien que presente un deterioro importante y progresivo en el funcionamiento psicosocial en los últimos seis meses, en el intento de incluirse socialmente, sin haber logrado sus objetivos.
- c. Además, debe hallarse afectado de forma deficitaria en una o más áreas de funcionamiento psicosocial: autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre. (46)

a) Recomendaciones para eliminar barreras comunicacionales.

Sugerencias generales:

- **Es recomendable que el personal de salud se adecue al tiempo de la persona que requiere de atención** en la tramitación de servicios de diferente índole. Ello generará no solo una sensación de tranquilidad y amabilidad a la persona consultante, sino también a quien está ofreciendo esa información.
- Es importante, indicar en detalle las características del trámite, o del formulario que deben completar, o del estudio a realizarse, etc, independientemente de la edad de la persona. **Se trata de acompañarle, no de sustituirlo en la tarea.** Estas personas a veces pueden llegar a sentir que no pueden solas y, que no cuentan con la información lo suficientemente clara como para desenvolverse con un alto grado de independencia.
- **Fomentar ambientes saludables en el trato**, donde haya calma y brinden seguridad a la persona, pues les genera mayor grado de confianza y les inspira tranquilidad, evitando múltiples estímulos que propicien la colaboración de la persona.
- **Utilizar un lenguaje claro y directo, sin metáforas**, con oraciones cortas al plantearles preguntas, sugerencias e instrucciones. En lo posible, acompañado por apoyos visuales.
- **Facilitar el acompañamiento de personas de su confianza** (familiares, amigos, u otras) durante los procesos, en todos los servicios (policlínica, emergencias, estudios paraclínicos, etc.).
- **Evitar dejarles solos** o desatendidos.
- **Reducir el contacto físico**, a lo estrictamente necesario. (24 y 38)

El lugar del acompañante y/o asistente

No siempre la persona con estas discapacidades logra por sí sola, preparar la documentación requerida por los servicios de salud o realizar la gestión previa necesaria por el trámite que necesita realizar.

- Por ello, es muy importante y a veces imprescindible el apoyo de acompañantes, que en su mayoría son familiares.
- El respeto con el cual también sea atendido el acompañante generará en la persona con discapacidad, mayor confianza y seguridad en el servicio o la institución de salud, en la que esté consultando. (24 y 38)

En entornos no accesibles

Algunas de estas personas manifiestan: excesiva ansiedad frente a las esperas, modificación de rutinas (cambios de horario, de contexto y de entornos), cambios de personas referentes. Por lo cual, es conveniente que:

- Los servicios de salud procuren el modo de identificarlos previamente, para garantizar los apoyos necesarios que permitan una atención de calidad.
- Las horas de las consultas programadas para realizar estudios radiológicos, una sutura, o para un análisis paraclínico, sean la primera o última, para que el entorno se encuentre lo más tranquilo posible, reduciendo al máximo los tiempos de espera, se recomienda una atención priorizada en caso de presentar ansiedad frente a la consulta.
- Los entornos de la consulta sean sencillos, con la menor cantidad de estímulos posibles, debido a que pueden presentar alteraciones de tipo sensorial.
- Se le informe y anticipe a la persona y al cuidador referente, sobre qué estudios van a realizarle y el lugar del mismo, para evitar favorecer el incremento de ansiedad ante lo desconocido. (24 y 38)

Sugerencias para personas con dificultades en la comunicación

Es conveniente recordar que, algunas de estas personas tienen dificultades en la comunicación, por lo cual **es aconsejable que, se utilicen recursos complementarios al lenguaje verbal, que mejoren la comunicación; como por ejemplo: señas, gestos, escritura ortográfica, pictogramas elaborados con anterioridad para explicar los procedimientos, y/o utilizar dispositivos comunicadores electrónicos (tablets, celulares, etc) o carpetas, tableros, libretas, u otros.** Esto no significa que estas personas no entiendan o no comprendan la comunicación oral; dichos recursos pueden ser facilitadores y complementan una eficaz comunicación.

Se recomienda:

- Siempre asegurarse primero, cuáles son los sistemas de comunicación que utiliza eficazmente.
- Atender las reacciones de la persona, ya que algunas pueden tener una hiposensibilidad o hipersensibilidad a diferentes estímulos (sean ruidos, olores, gustos o texturas).
- Si la persona cuenta con 'cuaderno de comunicación', explicarle que queremos comunicarnos a través del mismo, y en caso de ser necesario, pedirle permiso para señalar o para pasar la hoja.

- Cuando el usuario desee manifestar algo, esperar a que busque la página adecuada, o ayudarle en esta tarea si lo necesita.
- Esperar a que encuentre el pictograma del mensaje que quiere transmitir y lo señale, o arme la frase adecuada.
- Verbalizar en voz alta el significado de los pictogramas elegidos, para verificar que eso es lo que quiere expresar y si entendió el mensaje.
- Es importante que se pueda contar con escalas de dolor en los consultorios, aunque el paciente pueda tenerla en su carpeta de comunicación. Acompañar con gestualidad la graduación al mostrar la escala.
- Dirigirse a la persona utilizando un lenguaje sencillo, pero no infantil.
- Evitar presuponer que la persona no va a entender lo que usted explique. Se puede confirmar, al final de cada explicación, con preguntas como: ¿me entiende? ¿podría decirme qué fue lo que ha entendido? ¿le quedan dudas? ¿desea preguntar algo más?
- Apoyar el lenguaje oral señalando los pictogramas, para facilitar la comprensión. (24 y 38)

Recomendaciones para el encuentro con una persona que no habla

- **Presentarse, saludar y observar la respuesta:** ver si usa expresión facial o no (dependerá de la deficiencia de la persona).
- **Indagar ¿cuál es el sistema de comunicación que utiliza?,** chequear si puede decir 'sí' o 'no', ¿y cómo lo hace?.
- **Hacer pausas,** no llenar todos los silencios, ya que la toma de iniciativa puede ser lenta.
- **No completar el mensaje del usuario,** a menos que le hayamos pedido permiso.
- **Mantener la interacción cara a cara.** Puede pasar que cuando hay un dispositivo de comunicación de por medio, las personas miran más éste o la carpeta.
- **Dirigir los mensajes directamente a él y no a su facilitador.** Salvo, cuando no tenga una competencia suficiente como para no contestar por sí mismo.
- **Dejar que él mismo tome la iniciativa,** son importantes los silencios que hagamos para que él indique a dónde quiere llevar el tópico de la conversación.
- **Dar opciones a falta de recursos gráficos.** Mostrar las manos vacías con palmas abiertas hacia la persona a la altura de su mirada.

Se da una opción verbal por cada una de las palmas, la respuesta es interpretada en función de la mirada de la persona hacia una de las dos opciones.

- **Ser honestos.** Si no comprendemos el mensaje de la persona, debemos decírselo.
- **Decir en voz alta lo que vamos interpretando,** a medida que la persona construye su mensaje. (47)

Sugerencias para la consulta odontológica

La finalidad de este apartado es sugerir algunas buenas prácticas para realizar una atención odontológica preventiva y/o curativa de calidad.

Toda persona puede mantener su salud bucal, si dentro del equipo de salud se incluye odontólogo, asistente e higienista que ayude y explique claramente a estas personas la secuencia de una correcta higiene mediante una enseñanza de hábitos explícita, secuenciada y estructurada. Es imposible una atención de calidad si cada profesional atiende solo.

Es recomendable la integración de un equipo de salud multidisciplinario y estable, pues facilita el abordaje de los usuarios y la comunicación entre los profesionales, disminuyendo así, ruidos en la comunicación. En el caso de niños, es importante que el odontopediatra integre también el equipo, desde el momento en que es diagnosticado.

- Tanto el profesional tratante como el personal auxiliar del servicio o consultorio, **deben estar informados y preparados para recibir personas con este tipo de discapacidad.**
- Puede existir dificultad para comunicar molestias iniciales o sutiles y la dificultad para explicar síntomas, dado su alto umbral al dolor en general.
- **Cuando algunas de estas personas están enfermas** puede alterarse su comportamiento, sea mediante una conducta más apagada o tranquila, o manifestando mayores problemas de conducta. Será importante entonces, la presencia de una figura de referencia (profesional de atención directa o familiar) que pueda informar y colaborar.
- **Es importante que se le dé prioridad,** asignándoles los primeros turnos de la consulta y un ingreso rápido a la misma; así como la importancia, dentro de lo posible, que sea atendido siempre por el mismo profesional.
- **La comunicación del usuario con el profesional es fundamental** para la evolución del tratamiento; disminuye el miedo y la ansiedad,

favoreciendo una actitud positiva en la consulta. **No debe omitirse la presentación y a continuación la utilización del método 'DECIR - MOSTRAR - HACER' para cualquier maniobra a ser aplicada.** Esto significa, realizar una buena anticipación de los procedimientos a realizar. Pueden ser útiles para esta tarea, los programas visuales.

- **Es altamente recomendable usar un tono de voz calmo, tranquilo y natural.** Si fuera necesario terminar la consulta anticipadamente, es importante que lo haga resaltando algún aspecto positivo.
- **En caso de alta hipersensibilidad** puede ser útil para la persona con discapacidad realizar la consulta, utilizando auriculares, con la finalidad de minimizar los ruidos o sensaciones.
- **Es muy útil la elaboración de un diario de ruta** para los usuarios donde quede registrado lo que se hizo y las indicaciones domiciliarias. A su vez, que se registre lo que se va a hacer o debería hacerse en próximas consultas.

b) Recomendaciones para eliminar barreras actitudinales

El personal que debe brindar una información o responder a una consulta, tiene la responsabilidad de generar un vínculo y ser paciente y respetuoso del tiempo del otro/a. Las personas con discapacidad psíquica, cuando se enfrentan a la tramitación de servicios, se pueden encontrar con situaciones que generan ansiedad, nerviosismo y temor a lo desconocido. Se sugiere:

- **Tener mucha paciencia** con estas personas pues pueden tener dificultades en comprender lo que sucede en su entorno, y por tanto manifestar miedo, rechazo, nerviosismo o agresividad.
- **Procurar siempre dirigirse a la persona** y no únicamente a los acompañantes, evitando así una actitud paternalista o descalificante.
- Evitar el uso de términos como 'psiquiátrico', 'insano', 'trastornado', 'demente', 'esquizofrénico', 'loco', etc., que sólo acentúan el estigma. **Se debe referir a ellos diciendo: 'persona con discapacidad psíquica' o 'persona con discapacidad mental'.** (24)
- Respetar el patrón de comportamientos e intereses restringidos, que pueda tener la persona.
- **Brindar preferencia de atención, si fuera necesario.** Esto debiera realizarse cuidando de no exponer a la persona frente al resto de las personas que esperan ser atendidas, para no estigmatizar. En ocasiones, es deseable, encontrar un lugar más adecuado, con mayor silencio, para transmitir al consultante la información requerida o guiarlo/a en el trámite/consulta que necesita realizar.

8.6. PERSONAS CON DISCAPACIDAD 'MÚLTIPLE'

Refiere a limitaciones en diferentes órdenes que pueden ser (motriz, sensorial, intelectual, psíquica). Por ejemplo, una persona con discapacidad auditiva y motriz. Es muy frecuente que en esta situación la dependencia se vea aumentada para el ejercicio de las actividades más simples de la vida cotidiana, como alimentación, la vestimenta o la higiene personal aumentando una vulneración potencial en la autonomía de la persona.

Se sugiere tener en cuenta las recomendaciones realizadas en los apartados anteriores, contemplando que tendrán confluencia más de una limitación.

Cabe aclarar que esto no necesariamente supondrá una mayor severidad, ni una disminución de la autonomía o de la independencia de la persona.

8.7. PERSONAS CON LIMITACIONES SEVERAS

Refiere a la diversidad de grados con que se presenta la limitación en la persona. Si la misma no se comunica de forma verbal por limitaciones severas, se vuelve necesario utilizar otras alternativas para transmitir información.

- El hecho de que las personas no respondan no implica que no comprendan la situación que están viviendo.
- Intente establecer contacto visual con las personas. Y al hablar, mire a la persona brindando el tiempo necesario para que ésta pueda conectarse con usted.
- Ellas pueden expresar su aprobación o desaprobación así como placer o displacer por medio de una sonrisa, el movimiento de alguna parte del cuerpo, retirando el rostro u otras formas expresivas.

Es sumamente importante colocarse en el lugar de las demás personas. Ante una consulta médica imagine los interrogantes que le surgirían:

- ¿Por qué está en esa consulta?, ¿quién es el profesional que le atiende?, ¿por qué es necesario que le toque el cuerpo, sin informarle la razón?, ¿cuál es la valoración que, de esa exploración realiza el profesional que le examina?, etc.
- En condiciones de limitaciones para comunicarse verbalmente, imagine ¿cómo se sentiría si nunca le preguntan si necesita algo, si tiene sed, hambre, etc.?.
- Si le trasladan todo el tiempo, sin decirle a dónde le llevan y sin preguntarle si quiere ir a ese lugar, imagine ¿cómo se sentiría?

Es cierto que para lograr la accesibilidad universal de un servicio de salud son necesarias medidas a diferentes niveles. Esto incluye, decisiones institucionales, intervención de técnicos/as y profesionales de la salud y asignaciones presupuestales adecuadas, para cumplir con las recomendaciones en materia de infraestructura y de atención para las personas con discapacidad.

No obstante, la actitud de todo el personal de salud es fundamental para avanzar en la accesibilidad del servicio. **El personal de salud representa el vínculo clave en su forma de tratar y actuar, para que la accesibilidad de las personas con discapacidad sea realmente efectiva y garantice los derechos a todas ellas.**

CONSIDERACIONES FINALES

Estas recomendaciones no tienen un carácter exhaustivo, sino que en el futuro podrán sumarse nuevos capítulos, de acuerdo a situaciones particulares de formas de discapacidad, que en esta publicación no se abordan, por razones de oportunidad.

Esta guía no pretende agotar el tema; se dan recomendaciones que se aspira sean puestas en práctica y sean herramientas útiles para todos los integrantes de los servicios de salud, en los diferentes niveles de atención; mejorando así la accesibilidad a los mismos y proveyendo una atención de calidad a las personas con discapacidad.

Es necesario volver a resaltar que los centros de salud deben progresivamente construir las condiciones de accesibilidad física dentro y fuera de las instalaciones, la accesibilidad a la información de los servicios de salud y la accesibilidad a la comunicación que faciliten y apoyen la implementación de las recomendaciones emitidas en este documento para brindar servicios de salud inclusivos para la persona con discapacidad.

ANEXO 1. GLOSARIO

Con la finalidad de sensibilizar e informar a quienes integran las instituciones de salud se explicitan algunos conceptos para lograr manejar un lenguaje común. Al respecto, se reconocen las siguientes definiciones:

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”. (1)

Personas con discapacidad

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. (1)

En sintonía con los principios emanados de la CDPD refiere a aquellas que, en relación a sus condiciones de salud (física, psíquica, intelectual, sensorial u otras), al interactuar con diversas barreras del entorno (físicas, comunicacionales, y actitudinales), presentan restricciones para su participación plena y activa en la sociedad. Es así que, pueden distinguirse diversas discapacidades según su origen: motriz, sensorial, intelectual, y psíquica. (1 y 8)

Si bien, hoy se hace una distinción entre ambos conceptos, por una cuestión práctica y de simplificación, en esta publicación se usará indistintamente los términos ‘personas con discapacidad’ y ‘personas en situación de discapacidad’.

Deficiencia

“Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con ‘anormalidad’ se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas)”. (2)

Dependencia

“Entiéndase por dependencia al estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía

física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y los referidos al cuidado personal". (49)

Discriminación por motivos de discapacidad

"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". (1)

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". (1)

Accesibilidad universal

"Es la condición que deben cumplir los entornos, viviendas, servicios, transporte, instrumentos y herramientas, entre otros, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas con autonomía". (1)

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". (1)

Accesibilidad a la salud

"De acuerdo con la OMS, el derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud", junto a 'la disponibilidad', 'la aceptabilidad' y 'la calidad'. Y al especificar 'la accesibilidad' aclara:

“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva”. (50)

Ayudas técnicas o productos de apoyo

“Cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con discapacidad, creado específicamente para ello o de uso general, que sirva para prevenir, compensar, supervisar, aliviar o neutralizar la discapacidad”. Se considera que cualquier producto o tecnología puede ser considerado como una ayuda. Sin embargo, “los productos y tecnología de ayuda se definen más estrictamente, como cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad”. (2)

Barreras

“Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida”. (2)

Facilitadores

“Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. También la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas entre la población. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción”. (2)

ANEXO 2. PUBLICACIONES Y MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL SOBRE DISCAPACIDAD Y SALUD

Año	Nombre
2001	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud. OMS. (2)
2006	Convención de Derechos de Personas con Discapacidad. ONU. (CDPD). (1)
2011	Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS. (4)
2014	Plan Mundial sobre Discapacidad 2014-2021. OMS. (3)
2015	Objetivos de Desarrollo Sostenible. ONU. (50)
2019	Pacto 30.30.30. – APS para la salud universal. OMS. (51)
2021	Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 74. OMS (52)

ANEXO 3.

PICTOGRAMAS PARA APOYO EN LA CONSULTA DE SALUD

En este anexo se proponen una serie de pictogramas como herramientas organizadoras del espacio y el tiempo para ayudar a mejorar la comunicación entre el personal de salud y las personas con TEA. Seguramente puede ser de utilidad contar con ellas en los consultorios y señalizaciones, en los servicio de salud.

Los pictogramas son representaciones gráficas esquemáticas (dibujos o imágenes) significativas que representan un objeto simplificado y permiten transmitir, de este modo, una información también convencionalizada. Son independientes de cualquier lengua porque no representan palabras, sino realidades. (53,54 y 55)

Como plantea Cáceres,

“para alguien que no comprende las reglas sociales, las intenciones o el lenguaje verbal, puede ser mucho más sencillo apoyarse en una estructura visual, porque es algo muy estable y en lo que se puede confiar”. (56)

Si la persona con TEA, maneja algún sistema de comunicación aumentativa o alternativa y cuenta con comunicador, con el apoyo del acompañante, será de utilidad para mejorar la comunicación con el personal de salud.

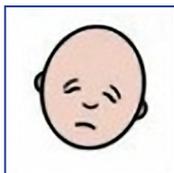
PICTOGRAMA 1. ¿Qué te pasa?

Se presentan aquí diversos sentimientos y sensaciones corporales. De esta forma, la persona puede expresar cómo se siente, qué síntomas advierte en su cuerpo y cuáles le preocupan o molestan.

Escoge primero una de estas opciones:

Estoy con _____ Siento _____

CANSANCIO



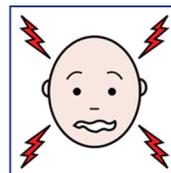
INSOMNIO



DIARREA



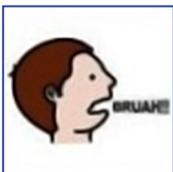
DOLOR



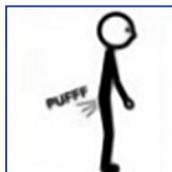
ESTREÑIMIENTO



ERUCTOS



GASES



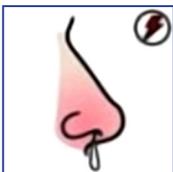
TOS



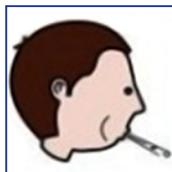
ESCALOFRÍOS



MOCOS



FLEMAS



FIEBRE



SUDORES



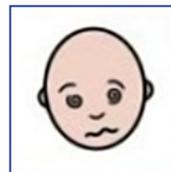
PICAZÓN



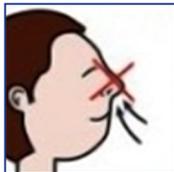
HIPO



MAREOS



DIFICULTAD PARA RESPIRAR



PALPITACIONES



CALOR



DOLOR DE GARGANTA



GANAS DE DESMAYARME



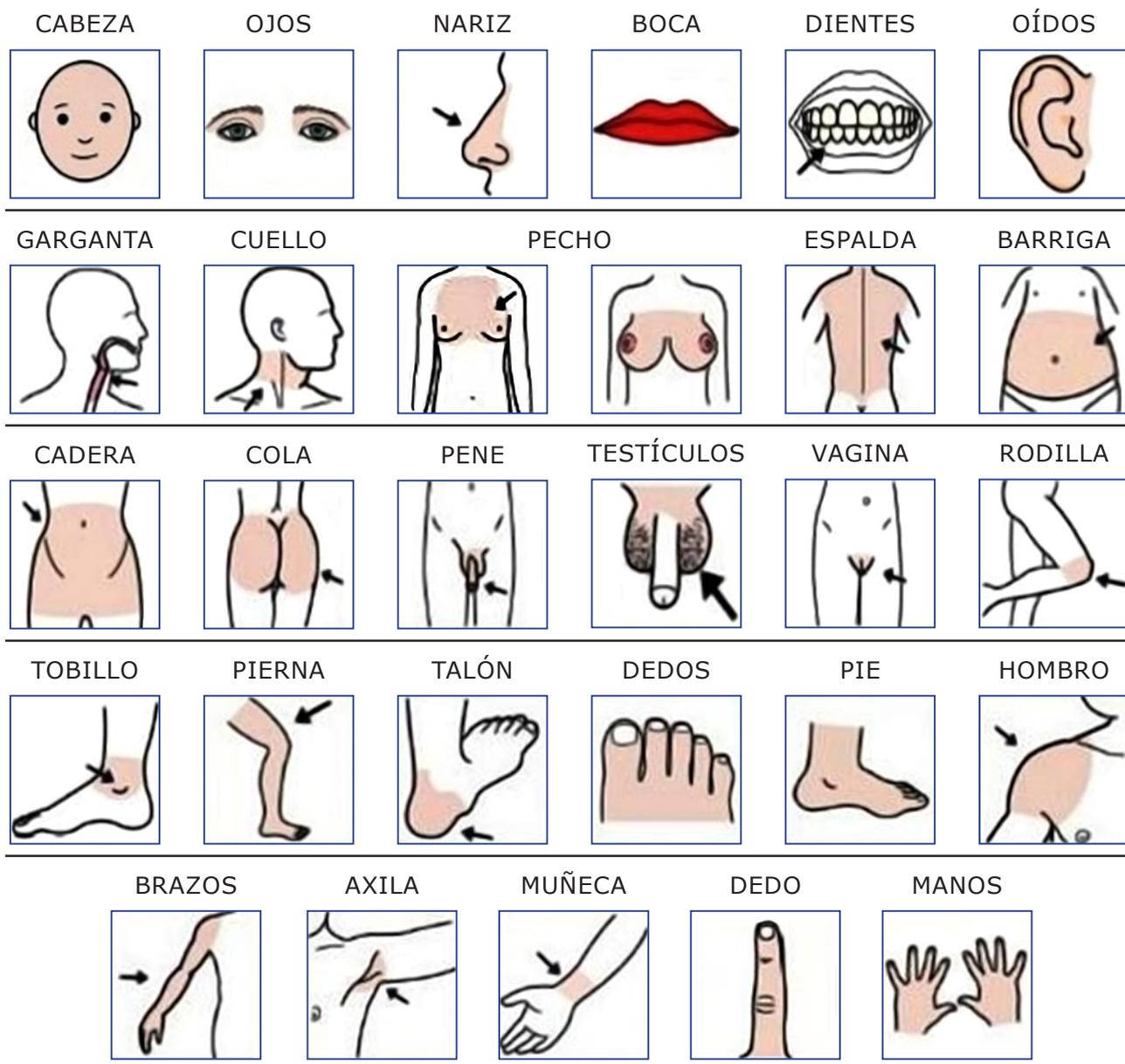
GANAS DE VOMITAR



PICTOGRAMA 2. ¿Dónde te duele?

Este pictograma puede ayudar a identificar los lugares del cuerpo donde la persona se siente afectada por el dolor, así como también expresar la intensidad del mismo.

Utiliza estas imágenes para indicar dónde te duele:



Utiliza estas imágenes para indicar:

a) ¿Cuál te duele?

IZQUIERDA DERECHA



b) ¿Cada cuánto te sucede?

A VECES

TODO EL TIEMPO



c) ¿Cuánto te duele?



DUELE
POCO



DUELE
MUCHO



DOLOR
INSOPORTABLE

PICTOGRAMA 3. Revisión médica

Este pictograma puede facilitar la comunicación con el personal de salud respecto a la revisión del médico, para poder ser examinado correctamente. Se visualizan algunas acciones que son necesarias realizar durante la consulta, que el médico posiblemente solicite como desvestirse, subir a una camilla, mirarlo a los ojos, dejar que sienta los latidos del corazón y otras.

Desvestido y subido a camilla

LLEGO.



ME QUITO LA ROPA.



SUBO



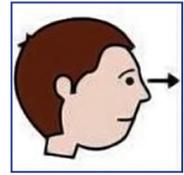
A LA CAMILLA.



EL MÉDICO



ME EXAMINA.



Descalzado y examen de pies

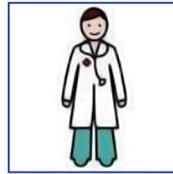
LLEGO.



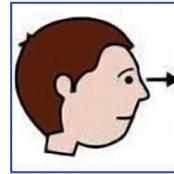
ME DESCALZO



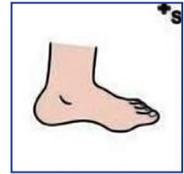
Y EL MÉDICO



MIRA



MIS PIES.

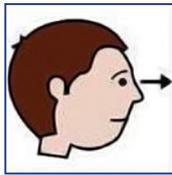


Examen de boca

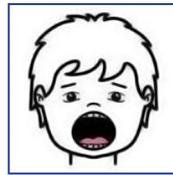
EL MÉDICO



ME MIRA



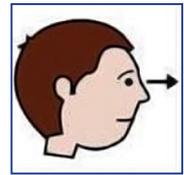
LA BOCA.



PONDRÁ UNA ESPATULA



PARA EXAMINAR.

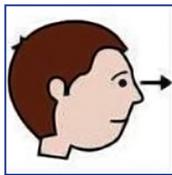


Examen de orejas

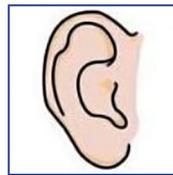
EL MÉDICO



ME MIRA



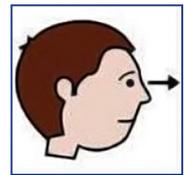
LAS OREJAS



CON UN APARATO



QUE PERMITE VER.

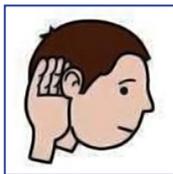


Examen de pecho

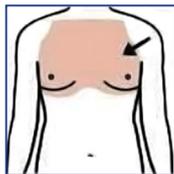
EL MÉDICO



ESCUCHA



EL PECHO



CON UN APARATO



QUE AMPLIFICA RUIDOS.

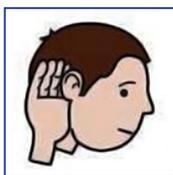


Examen de espalda

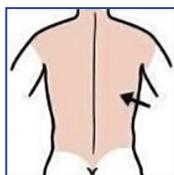
EL MÉDICO



ESCUCHA



LA ESPALDA



CON UN APARATO



QUE AMPLIFICA RUIDOS.



Examen de barriga

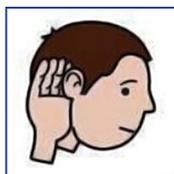
EL MÉDICO



ME HARÁ ACOSTAR.



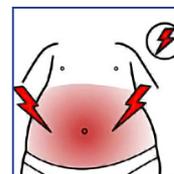
INVESTIGARÁ



LUGARES DE LA BARRIGA



QUE DUELEN.

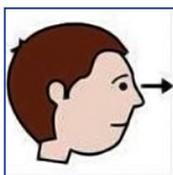


Examen de genitales

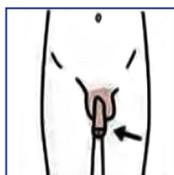
EL MÉDICO



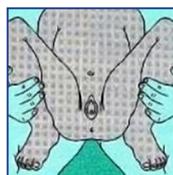
MIRARÁ



EL PENE



O LA VULVA

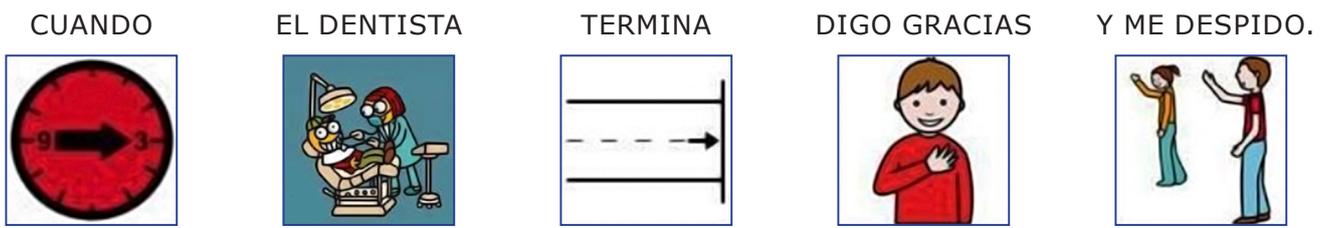
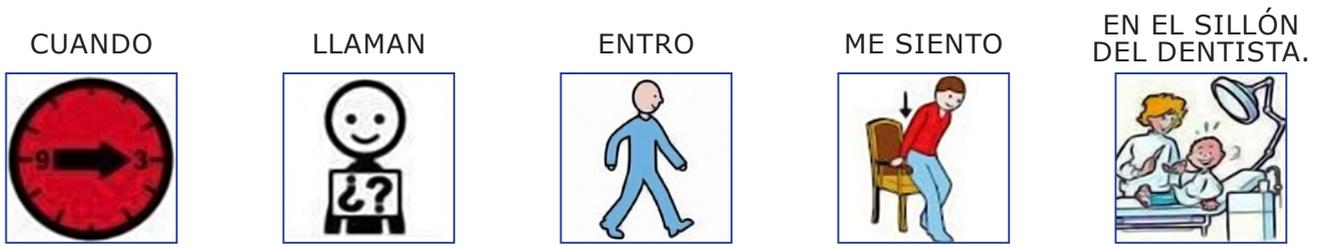


Y TOCARÁ LOS TESTÍCULOS.



PICTOGRAMA 4. Voy del dentista

Aparecen cuatro secuencias referidas a la visita al dentista y cómo debo actuar durante la misma. La primera secuencia plantea el deber de concurrir al dentista. La segunda qué debes hacer cuando llegas al consultorio. La tercera cómo debes actuar cuando entras a la consulta. Y la última qué debes hacer antes de retirarte de la consulta.



Extraídos y adaptados de Portal Aragonés de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (ARASAAC y Kukuxumusu. (58)

PICTOGRAMA 5. Me atiende el dentista

Se presentan cinco secuencias de algunas posibles acciones que el dentista deberá hacer, para ayudarme a tener una boca saludable.

YO



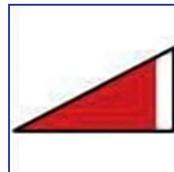
TENGO



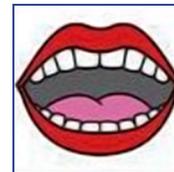
QUE ABRIR



MUCHO



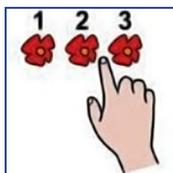
LA BOCA.



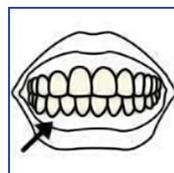
EL DENTISTA



CUENTA



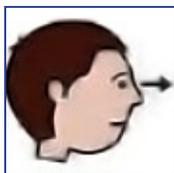
LOS DIENTES.



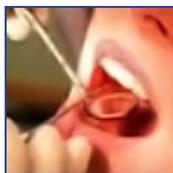
EL DENTISTA



MIRA



LOS DIENTES



CON UN ESPEJO



Y LOS LIMPIA



QUIZÁS



EL DENTISTA



HAGA UNA RADIOGRAFÍA



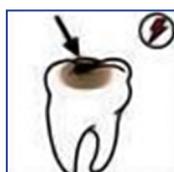
ES COMO UNA FOTO



SI HAY



CARIES



HAY QUE CURARLA.



PONE



UNA INYECCIÓN



Y LA ARREGLA



Extraídos y adaptados de Portal Aragonés de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (ARASAAC y Kukuxumusu. (58)

PICTOGRAMA 6. Me atiende el nutricionista

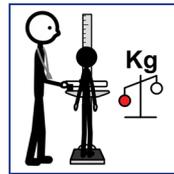
Estos pictogramas pueden facilitar la comunicación con el personal de salud, para conversar sobre la alimentación. Se presentan algunos pictogramas que pueden resultar útiles para la anamnesis alimentaria. Se pueden encontrar otros, en <https://arasaac.org/pictograms/search/alimentaci%C3%B3n?selectedKey=feeding>

Para controlar peso y talla

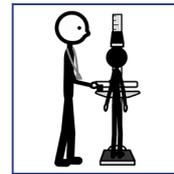
ME PESO



EN BALANZA.



MIDO MI ALTURA.



Las comidas del día

DESAYUNO



ALMUERZO



MERIENDA



CENA

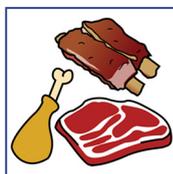


Para la anamnesis alimentaria. Grupos de alimentos.

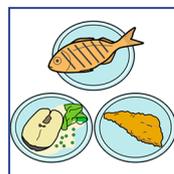
LÁCTEOS



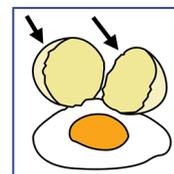
CARNE ROJA Y POLLO



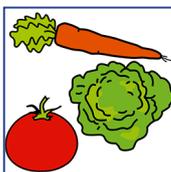
PESCADO



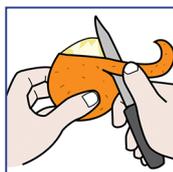
HUEVO



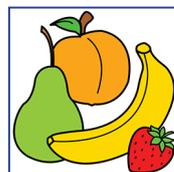
VEGETALES



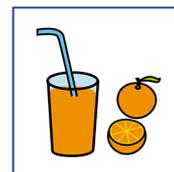
PAPA Y BONIATO



FRUTAS



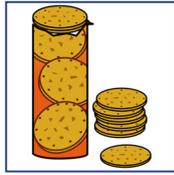
JUGO DE FRUTAS



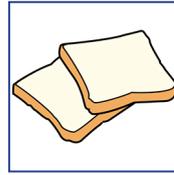
ENSALADA DE FRUTAS



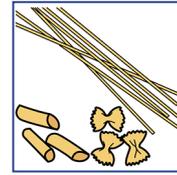
GALLETAS



PAN



PASTA /ARROZ POLENTA



SAL



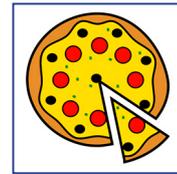
ACEITE



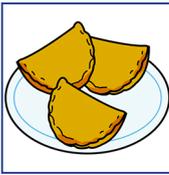
AZÚCAR



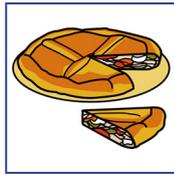
PIZZA



EMPANADAS



TARTA DE VERDURAS



HELADOS



GOLOSINAS



TORTA DE CUMPLEAÑOS



BEBIDAS SIN ALCOHOL



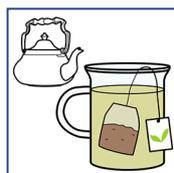
BEBER AGUA



BEBIDAS CON ALCOHOL



TÉ



CAFÉ



MATE



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Resolución 61/106, sexagésimo primer periodo de sesiones en Nueva York, 2006.
2. OMS. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Organización Mundial de la Salud. Génova, 2001.
3. Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad: Informe de la Secretaría.
4. Banco Mundial y OMS. Informe mundial sobre la discapacidad. 2011.
5. Poder Legislativo. Ley de Protección integral a las personas con discapacidad. Ley 16095. Uruguay, 1989.
6. Poder Legislativo. Ley de creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ley 17866. Uruguay, 2005.
7. Poder Legislativo. Ratificación de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad. Ley 18418. Uruguay, 2008.
8. Poder Legislativo. Ley de Protección Integral de las Personas con Discapacidad. Ley 18651. Uruguay, 2010.
9. Poder Legislativo. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Ley 19353. Uruguay, 2015.
10. Poder Legislativo. Ley de Promoción del empleo en el sector privado. Ley 19.691. Uruguay, 2018.
11. Ferrari, A. y De Castellet, F. Libro de texto: Fisiatría. Editorial Delta. Uruguay, 1973.
12. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Uruguay en Cifras, Uruguay, 2013
13. BPS. Prestaciones y Servicios para personas con Discapacidad. Asesoría General en Seguridad Social. Uruguay, 2019.
14. Norma UNIT-NM 313. Requisitos particulares para la accesibilidad de las personas, incluyendo las personas con discapacidad. Uruguay, 2007.
15. Norma UNIT 906. Accesibilidad de las personas al medio físico. Símbolo gráfico. Características generales. Uruguay, 2009.
16. Norma UNIT 1215-1. Accesibilidad para contenidos web. Requisitos para la información y contenidos. Uruguay, 2014.
17. Norma UNIT 1223. Accesibilidad para Contenidos Web – Requisitos para herramientas de autor. Uruguay, 2015.

18. Norma UNIT 1215-2. Accesibilidad para contenidos web - Sistemas de gestión – Requisitos. Uruguay. 2016.
19. Norma UNIT 1229. Normas sobre accesibilidad de las tecnologías de la información para personas sordas e hipoacúsicas – Requisitos y recomendaciones. Uruguay, 2016.
20. Norma UNIT-ISO 9999. Productos de apoyo para personas con discapacidad - Clasificación y terminología. Uruguay, 2016.
21. Norma UNIT-ISO 23599. Productos de apoyo para las personas ciegas y con discapacidad visual – Pavimentos indicadores táctiles. Uruguay, 2019.
22. Norma UNIT 200. Criterios y requisitos generales de diseño para un entorno edificado accesible. Uruguay, 2019.
23. ASSE/ MIDES/ IMM. Implementación de la Primera Unidad de Salud para Personas Sordas. Uruguay, 2012.
24. MIDES/Pronadis - ASSE. Manual de Buenas Prácticas para el Trato y la Atención de Personas con Discapacidad en el Ámbito de la Salud. Uruguay, 2016.
25. Plan Nacional de Acceso a la Justicia y Protección Jurídica de las Personas en Situación de Discapacidad. Encuesta nacional de accesibilidad universal. Uruguay, 2018.
26. Presidencia/AUCI, MIDES, BPS, ASSE, MSP, INE, ALIANZA, OPS, UNFPA y ONUMujeres. Proyecto Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad. Proyecto país 2015-2020. Uruguay, 2019.
27. MSP/ Área programática Discapacidad y Rehabilitación. Informe primario sobre sondeo auto administrado sobre accesibilidad a los servicios de salud del SNIS de las personas con discapacidad. Uruguay, 2019. (documento de trabajo).
28. Proyecto Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad. Requisitos mínimos para garantizar el acceso a la salud de las personas con discapacidad. Uruguay, 2019.
29. Poder Legislativo. Ratificación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad. Ley 17330. Uruguay, 2001.
30. Poder Legislativo. Personas con discapacidad. Lengua de Señas Uruguaya. Ley 17378. Uruguay, 2001.
31. Poder Legislativo. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Ley 18335. Uruguay 2008.
32. Poder Ejecutivo. Reglamentación de la ley N°18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Decreto 274. Uruguay, 2010.

33. Poder Legislativo. Promoción del uso de bastones para facilitar el desplazamiento de personas con discapacidad visual. Ley 18875. Uruguay, 2011.
34. Poder Ejecutivo. Adopción del uso del bastón blanco y verde como instrumento de movilidad para personas con discapacidad visual y reglamentase el auxilio de perros de asistencia o perros guía. Decreto 297. Uruguay, 2013.
35. Poder Legislativo. Código de Ética Médica. Ley 19286. Uruguay, 2014.
36. Poder Ejecutivo. Plan nacional de acceso a la justicia y protección jurídica de las personas en situación de discapacidad. Resolución 893. Uruguay, 2015.
37. Poder Legislativo. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Ley 19580. Uruguay, 2017.
38. MSP. Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad. Uruguay, 2020.
39. CDC. National Center for Health Statistics. The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS). 2006.
40. Proyecto Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad. Guía de derechos y apoyos para personas con discapacidad en Uruguay. Uruguay, 2019.
41. Poder Legislativo. Ley de defensa del derecho a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva. Ley 18426. Uruguay., 2008.
42. FUNDACIÓN O.N.C.E. Guía sobre Tiflotecnología y Tecnología de Apoyo para uso educativo. Introducción en el uso de la tecnología en la educación de personas sordo-ciegas. 2016.
43. Asociación de Sordociegos de España. Otros sistemas y recursos para la comunicación. Disponible en: <https://www.asocide.org/team-view/lisa-white/>
44. FUNDACIÓN, O.N.C.E. Comunicador Táctil: Una APP para mejorar la comunicación de las personas con sordoceguera. 2014. Disponible en: <https://cti.once.es/noticias/comunicador-tactil-once-una-app-para-mejorar-la-comunicacion-de-las-personas-con-sordoceguera> Schalock, Robert L. La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. Revista Española sobre discapacidad intelectual Siglo Cero. Vol 40 (1), Num 229, págs 22-39. 2009.
45. Gallo, M. Ángeles Olalla. Cuidados paliativos en personas con discapacidad intelectual: estudio cualitativo desde la perspectiva de los profesionales del ámbito sociosanitario. Medicina Paliativa, 2017, vol. 24, no 4, p. 210-218.

46. Garcia-Romero De Tejada, Carlos de Fuentes. The 'new' mental disability. Revista Española de Discapacidad-REDIS, 2016, vol. 4, no 1, p. 249-255.
47. Blackstone, S. Beyond public awareness: The road to involvement. Augmentative Communication News, 4:2, 6. Traducido y modificado por A.E.D.I.N: Asociación en Defensa del Infante Neurológico. Bs. As. Argentina.
48. Poder Ejecutivo. Reglamentación de ley 19353 - SNIC. Decreto 427. Artic. 3. Uruguay, 2016.
49. OMS. Políticas Públicas para la Salud Pública. Ginebra. 2013.
50. ONU. Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015.
51. OMS. Pacto 30.30.30. - APS para la salud universal. 2019.
52. OMS. Asamblea Mundial de Salud. Resolución 74. 2021.
53. Ordoñez Sagastegui, Claudia Rosa; Paz Aguilar, Liseth Estefania. Influencia de los pictogramas en el mejoramiento de la práctica de los valores: respeto, responsabilidad y honestidad; en los niños del primer grado de educación primaria de la ie n° 81014 "Pedro Mercedes Ureña" de Trujillo. Perú, 2014.
54. Pastaz Quenguan, Erika Patricia. Aplicación del método pictográfico asociado a la palabra en el proceso de aprendizaje de la prelectura en niños y niñas de 2 A 3 años de los centros de desarrollo infantil del MIES en el cantón Tulcán, Distrito 1, en el periodo escolar 2012-2013. Propuesta alternativa. 2014. Tesis de Licenciatura.
55. Rodríguez Diéguez, José Luis. Las funciones de la imagen en la enseñanza. Barcelona, 1977.
56. Cáceres Acosta, Orlando. El uso del pictograma en el proceso de enseñanza-aprendizaje del niño con autismo. Tesis Doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2017.
57. Portal Aragonés de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (ARASAAC) CATEDU/ Palao Sergio. Pictogramas. Licencia: CC (BY-NC-SA). España, 2020.
58. Portal Aragonés de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (ARASAAC) y Kukuxumusú/ Amaya Ariz. España, 2020.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Abril Abadín, Dolores; Delgado Santos, Clara I.; Vígara Cerrato, Ángela. Comunicación aumentativa y alternativa. Guía de referencia. 2012.
- Bustos, A. Blog de lengua. Qué es un pictograma. 2007-2014. Disponible en: <https://blog.lengua-e.com/2010/que-es-un-pictograma/>
- Da Cunha, Heber. Personas con discapacidad y derechos humanos en publicación del MIDES. Hablando de derechos humanos. Desc+A. Pensando en derechos humanos. (14). Uruguay, 2012.
- FUNDACIÓN, O.N.C.E. Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Arquitectura universal y diseño para todos. 2011.
- MSP - OPS/OMS. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Uruguay, 2016.
- Norma UNIT-ISO/IEC TS 20071-11. Tecnología de la información – Accesibilidad en componentes de interfaz de usuario – Parte 11: Guía sobre textos alternativos para imágenes. Uruguay, 2012.
- Norma UNIT-ISO/IEC TS 20071-21. Tecnología de la información – Accesibilidad en componentes de interfaz de usuarios – Parte 21: Guía sobre audiodescripciones. Uruguay, 2015.
- Norma UNIT 1240-2. Accesibilidad de las personas al medio físico – Sistema de movilidad de pasajeros – Parte 2: Infraestructura e instalaciones fijas asociadas al sistema de movilidad de pasajeros. 2017.
- Norma UNIT 1240-1. Accesibilidad de las personas al medio físico – Sistema de movilidad de pasajeros – Parte 1: Sistema de movilidad terrestre vial de pasajeros. Uruguay, 2018.
- Norma UNIT 1300. Accesibilidad a áreas y edificaciones del patrimonio cultural. Uruguay, 2020.
- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Asamblea Mundial de la Salud. 2013.
- Vidriales R, Plaza, M., Gutierrez, C., Sanchez C., Hernandez C.; Cuidados paliativos en personas con trastorno del espectro del autismo. Colección salud. Confederación Autismo España, 2018.

Apoyan



OPS



msp.gub.uy

Ministerio de Salud Pública
Avenida 18 de Julio 1892 | Teléfono 1934
Montevideo, Uruguay