

Presencias y ausencias, deficiencias y situaciones de discapacidad en Salto

Grupo de Estudios sobre Discapacidad - Regional Norte (GEDIS-RN)*

Universidad de la República Oriental del Uruguay - UdelaR

Resumen

El presente artículo da cuenta de un proceso de involucramiento del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) de la Regional Norte (RN) con la comunidad salteña en torno a la temática de la discapacidad. La posibilidad de estudiar las presencias y ausencias en Salto en cuanto a deficiencia y discapacidad, surge a partir de una demanda inicial de la Asociación de Ciegos de Salto (ACISA) de realizar un censo para obtener datos cuantitativos de la población ciega en dicha ciudad. Tomando esta demanda como punto de partida, se amplió el espectro de la cuantificación, haciéndolo extensivo a todas las deficiencias reconocidas por los actores entrevistados.

Así, desde abril de 2011 se llevó adelante el procesamiento de los datos del censo que abarcó 11 barrios de la ciudad de Salto, en el cual se pudieron conocer aspectos concretos sobre deficiencias y situaciones de discapacidad. Con estos insumos cuantitativos, se decidió llevar adelante una investigación de carácter exploratoria, de manera de trascender estos datos duros y darles cuerpo, subjetividad mediante de los actores directamente implicados. Algunos aspectos de dicha investigación son los que se presentan en el siguiente artículo.

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD, POLÍTICAS SOCIALES, INCLUSIÓN.

Abstract

The present article tells about an involvement process of the Study Group of disabilities (GEDIS) by Regional Norte and the saltenian community and around the disabilities topic. The possibility of studying the presences and absences in terms of disabilities and incapacities in the city of Salto, emerges from a requirement of the Association of Blind people in Salto (ACISA). They needed to know, with a census, the numbers and facts of blind persons in Salto. Taking in account this request as a beginning, the group started to broad the search and the investigation itself to others disabilities and incapacities, depending on the point of view of the actors and people interviewed. So, during the 2010 it takes place a census in 11 Salto's districts. The study and organization of the facts was held at the beginning of 2011. From those results was possible to know some characteristics about deficiences and disabilities situations. This article talks about the investigation that took place after knowing that facts, that is, about the sensations and feelings that persons with disabilities could express about the situations described.

KEYWORDS: DISABILITIES, SOCIAL POLICIES, INSERTION.

Artículo original - Recibido 5/04/2013 - Aceptado 25/04/2013 - Publicado 30/04/2013

* Coordinadora: Dra. María Noel Míguez Passada, docente e investigadora en Régimen de Dedicación Total, FCS, UdelaR, mnmiguez@fcs.edu.uy

Equipo de Investigación GEDIS-RN, Lic. TS Mariana Centrón, Regional Norte, UdelaR/Comisión Departamental de la Discapacidad, Mides; Lic. TS. Ana Paula Gómez, Regional Norte, UdelaR/Comisión Departamental de la Discapacidad, Mides; Lic. TS. Marisabina Minteguiaga, Regional Norte, UdelaR/Comisión Sectorial de Investigación Científica, Regional Norte, UdelaR; Lic. TS. Claudia Morales – Regional Norte, UdelaR/Ministerio de Desarrollo Social; Lic. TS. Cristian Pinato, docente e investigador de la Regional Norte, UdelaR; Br. TS. Karina Taruselli, Regional Norte, UdelaR/Ministerio de Desarrollo Social

Introducción

A través del presente artículo, se intentan dar los primeros pasos hacia un análisis reflexivo acerca de una realidad que aparece invisibilizada en el Departamento de Salto: las personas con deficiencia y/o en situación de discapacidad, y en su particularidad, sus reconocimientos e implicancias, las respuestas estatales y municipales materializadas en políticas sociales mediante sus procesos de subjetivación y objetivación como seres ontológicos de esta sociedad.

Para poder analizar críticamente esta temática, se entiende necesario hacer referencia a cuestiones teóricas más abstractas que darán cuerpo al objeto en proceso de delimitación. Por ello, se abordará la temática de las políticas sociales y la discapacidad en genérico, para poder ir concretizando la reflexión hacia la reforma de Estado en el Uruguay, el Sistema Nacional de Cuidados, la incorporación de la discapacidad como uno de los ejes centrales en la arena política, la realidad salteña al respecto en confrontación con los gobiernos nacional y municipal, para así llegar a un análisis cuanti-cualitativo retomando los datos del censo y escuchando las voces de personas con alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad en Salto.

Cuando en el año 2005 asume el primer gobierno progresista en la historia del Uruguay, varias eran las discusiones entre políticas sociales universales y políticas sociales focalizadas, éstas últimas propias de los gobiernos precedentes impulsadas para la reducción de la pobreza e indigencia en respuesta a recomendaciones de organismos multilaterales. Propender a la instauración del "universalismo" en las políticas sociales fue uno de los sustentos teóricos y concretos para los cambios llevados adelante a través de la Reforma de Estado comenzada en el primer gobierno progresista y continuada en el segundo. Esta situación en Uruguay se fue dando

en consonancia con los demás países latinoamericanos.

Hoy día, se suscita en la particularidad del Departamento de Salto, la convergencia de un gobierno municipal de corte liberal (Partido Colorado) y de un gobierno nacional de corte progresista (Frente Amplio). Por ello, resulta necesario dilucidar si las políticas sociales departamentales y nacionales tenderían a encontrar más discrepancias que orientaciones similares, en la particularidad de la discapacidad como temática. En este contexto, será medular el análisis de la condición del *otro* como sujeto de derecho u objeto de asistencia, y las percepciones de la sociedad con relación a los *otros* diferentes (en este caso, personas con deficiencia y/o en situación de discapacidad) y la autopercepción de estos últimos con respecto a su situación concreta.

Generar políticas que se sustenten en la inclusión implica generar espacios de participación e igualdad a los distintos sujetos que conforman la sociedad, tanto en la arena política, en la socio-cultural como en la económica. Implica llevar el centro de atención a los sectores sociales más vulnerados y vulnerables. Las personas con alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad conforman este grupo que, más allá se enmarque en políticas sociales de corte universalista, son "beneficiarios" concretos de políticas sociales focalizadas como sustento a estrategias para dar respuesta a su exclusión casi crónica.

Pero, ¿son estas líneas estratégicas sustentadas por el ejercicio de derechos y la ampliación de su condición de ciudadanos/as? Las personas con alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad, ¿se hallan subjetivamente incluidas a partir de la Reforma de Estado con el Uruguay progresista? ¿Son capaces de materializar sus dere-

¹La deficiencia es una característica biológica concreta de un sujeto singular y la situación de discapacidad una construcción social que se realiza a partir de una deficiencia o, en algunos casos, sin siquiera tenerla. Tanto una como otra pueden darse en simultáneo o no, pueden ser autorreconocidas por los sujetos concretos o implicadas desde el afuera. Estos movimientos se analizarán en el correr de la investigación.



Grupo de estudiantes, Universidad del Norte - Salto

chos amparados en políticas sociales de corte universalista desde el gobierno nacional cuando el gobierno municipal en Salto responde a otro sector político y, por ende, a otra propuesta de políticas sociales? ¿Se hallan las personas con alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad con la libertad real de reconocerse como tales y de ahí en más tener fuerza para reivindicar sus derechos? ¿Cómo percibe la sociedad salteña desde la ideología de la normalidad a esta alteridad? ¿Son visibles o están siendo invisibilizados?

Éstas y otras tantas preguntas surgen a medida que se va adentrando en la deconstrucción de la demanda inicial mencionada desde la sociedad civil a la universidad, y comienzan a dar sustento a un proceso analítico-reflexivo en torno a aspectos más subjetivos, que involucra tanto a los sujetos que investigan como a aquellos que hacen al objeto a investigar. Lo que no se ve, lo que no se escucha, lo que no se dice, pareciera ser que no existe. A partir del censo realizado y de las respuestas obtenidas, éste será un punto fundamental a trascender y desmitificar.

A través de este artículo, se intentan genéricamente analizar las políticas sociales

en materia de discapacidad, tanto a nivel nacional como departamental en Salto, teniendo en cuenta los procesos de inclusión y/o exclusión que se generan con su implementación y su consecuente percepción social y autopercepción de la población directamente implicada.

De esta manera, se pretende aportar conocimientos desde lo académico sobre una realidad local, mediado por el contexto nacional, a partir de demandas específicas propias de la sociedad civil. Asimismo, que los conocimientos siste-

matizados y analizados reflexivamente puedan generar insumos para la revisión hoy día de las políticas sociales nacionales y departamentales en torno a la discapacidad y las proyecciones a futuro sobre la temática. Y, en especial, rescatar las voces de los actores directamente implicados, ya que muchas veces se encuentran invisibilizados. Esto apunta no sólo a mantener una coherencia teórico-metodológica y ético-política, sino a ser una muestra de las reales inquietudes, sensibilidades, percepciones, etc. que estos actores tienen y que pueden expresar para ser escuchadas por la comunidad.

Para ello, la **metodología** utilizada implicó: a) Censo realizado en 11 barrios de la ciudad de Salto, cuyos datos fueron sistematizados durante el año 2011; b) Entrevistas en profundidad a autoridades locales en torno a la discapacidad, ubicadas en puntos medulares para el ejercicio de los derechos y la ciudadanía de la población: Ministerio de Desarrollo Social, Instituto de Previsión Social, espacios educativos y de salud; c) Entrevistas en profundidad a los actores directamente implicados: familias y, fundamentalmente, a las personas diagnosticadas con alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad. La conjugación de datos cuantitativos,

como los que ofrece el censo, con análisis de discurso de datos cualitativos, que surgen de las entrevistas en profundidad, permitió ir deconstruyendo el análisis e interpellando aspectos de esta realidad conjugando lo objetivo y lo subjetivo, lo manifiesto y lo aparente, lo concreto y lo simbólico.

La lógica de exposición del presente artículo da respuesta a la propuesta teórico-metodológica, ético-política y epistemológica que da cuerpo a todo el análisis: la dialéctica hegeliana, plasmada en la universalidad-particularidad-singularidad a través del método progresivo-regresivo de Sartre (2000). Se considera que este posicionamiento permite conocer, incorporar, reconocer, superar y transformar los datos cuantitativos del censo en conjunción con los recaudos cualitativos de las entrevistas y fuentes primarias y secundarias que se incorporen a partir de material bibliográfico.

Tal como se ha mencionado, el artículo es de carácter exploratorio, un primer acercamiento a una temática incipiente y en puja a ser desnaturalizada; un primer paso para empezar a correr el velo de una ideología de la normalidad que permea cotidianamente las visiones de una sociedad que, por lo general, se siente ajena a una realidad que es vivida por una población que, de todas maneras, la conforma. Porque, “una mirada condicionada es una mirada que ve borrosamente, es decir, una mirada que mancha con su mirada”. (Skliar *apud* Rosato, Angelino, 2009: 13)

1. Discapacidad en la agenda política a través del Sistema Nacional de Cuidados. Particularizando en la realidad salteña.

1.1 El Uruguay progresista y la discapacidad

A partir de la asunción de gobiernos de corte progresista en nuestro país a partir del año 2005 se destacan diferentes políticas sociales² dirigidas a personas vulneradas en sus derechos como uno de los aspectos medulares de este tipo de gobierno. Si se considera a las ya mencionadas personas en situación de vulnerabilidad, se debe tener en cuenta a las personas en situación de discapacidad y de qué manera éstas (al ser consideradas como “dependientes” al igual que niños, ancianos, personas enfermas que necesitan cuidados), han sido reconocidas y abordadas en el reciente “Sistema Nacional de Cuidados”.

Es en el 2005, contexto posterior a la crisis que atravesó el país, que la izquierda inicia su gestión en el gobierno nacional. Midaglia y Antía (2007) plantean que dentro de los principales lineamientos de dicho gobierno se destacan: la mejora de las condiciones de vida de las personas en situación de vulnerabilidad; la promoción de equidad y disminución de las desigualdades sociales. De esto se desprende la preocupación de este gobierno progresista por las problemáticas sociales más acuciantes, llevan-

² Pastorini (1997) plantea que las políticas sociales no pueden pensarse únicamente como concesiones el Estado, por el contrario deben ser pensadas como el resultado de relaciones conflictivas entre los diferentes actores en juego: clases hegemónicas, clases trabajadoras y el Estado. Por consiguiente, las políticas sociales no pueden ser vistas solamente como un instrumento redistributivo, sino que también cumplen funciones económicas y políticas, conformándose como instrumentos de legitimación del orden.

“(…) no se trata de una relación unilateral en la cual las clases subalternas “conquistan” y el Estado “concede”, sino de un proceso conflictivo atravesado por luchas de clases, donde los diferentes grupos insertos obtienen ganancias y pérdidas, al mismo tiempo que luchan y presionan, “conquistan” y “conceden” alguna cosa a los demás sujetos involucrados (...) Este proceso puede ser sintetizado de la siguiente forma: demanda- lucha- negociación- otorgamiento.” (Pastorini, 1997: 227)

do adelante una serie de reformas en diferentes áreas: laboral, salud, pobreza y tributos; articulando en materia de políticas sociales orientaciones universalistas e integrales con acciones focalizadas.

Esta administración ha puesto el énfasis principalmente en las situaciones de pobreza y vulnerabilidad social, siendo en este sentido tres las medidas desarrolladas. Por un lado, dos programas (Plan de Emergencia y Plan de Equidad) destinados a la atención de grupos excluidos y con diversas dificultades económicas y sociales. Por otro lado, el surgimiento de un nuevo ministerio (Ministerio de Desarrollo Social), creado por la Ley N°17.866. El mismo nace con el objetivo de promover políticas, programas y proyectos dirigidos a asegurar el efectivo cumplimiento de los derechos sociales a los ciudadanos/as uruguayos/as. Lo previsto fue que el Ministerio trabaje intensamente en el diseño, implementación, coordinación, monitoreo y evaluación de políticas sociales. De esta manera, con la incorporación en su agenda política de la denominada "Reforma Social", el Estado se reposiciona como generador de protecciones sociales, asumiendo este compromiso a lo largo de toda su gestión de gobierno. (Midaglia y Antía, 2007)

En este marco se configura el llamado "Sistema Nacional Integrado de Cuidados", que hace:

(...) al conjunto de acciones públicas y privadas que se deberían desarrollar de forma articulada para brindar atención directa a las personas y las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros. Ello incluye la atención de personas dependientes (como son los niños, las personas con discapacidad, los ancianos, los trabajadores sobreocupados) y los quehaceres domésticos. (Pataussi *apud* Salvador, 2010: 6)

El mismo se orienta a contribuir al bienestar de las personas que requieren de cuidados y, haciendo especial énfasis también en "las" cuidadoras (en el entendido que este rol lo cumplen fundamentalmente mujeres) a través del pleno ejercicio de su derecho a dar, a recibir cuidados y a autocuidarse ya que la presencia parcial y fragmentada del Estado en la cobertura de las demandas de cuidado lleva a un déficit de cuidados, donde cada sector o clase social lo re-

suelve en la medida de sus posibilidades y muy probablemente comprometiendo el bienestar de alguno de sus miembros; contribuir a la reducción de las desigualdades sociales y de género. (Salvador, 2010)

Según Razavi (*apud* Salvador, 2010: 9), "el sistema de cuidados implica una inversión en la formación y reproducción de capacidades humanas, así como el fortalecimiento del tejido social de un país. Los problemas de desacumulación de capacidades, valores y afectos conllevan al déficit en la provisión de cuidados, lo que tiene consecuencias en el funcionamiento del sistema económico y en el aprovechamiento de las oportunidades de crecimiento y desarrollo".

En lo que refiere a las tareas de cuidado, cabe destacar que históricamente ha existido una gran diferencia entre hombres y mujeres en relación a este tipo de actividades. Según la CEPAL (*apud* Filgueira, 2010), dentro del hogar, son las mujeres las encargadas mayoritariamente de las actividades domésticas; del cuidado de niños, ancianos y enfermos así como también del mantenimiento del hogar, persistiendo aún la baja participación masculina en la división sexual de este tipo de tareas. Como resultado de los estereotipos de género el cuidado ha recaído en la figura femenina siendo una actividad generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social dando lugar a lo que se ha denominado como "feminización de los cuidados". De esta manera, las políticas que buscan asegurar el reparto equitativo de la prestación de servicios para el cuidado de niños, de personas dependientes, enfermas, son políticas que buscan replantear las relaciones de género e intergeneracionales. (Aguirre, R. 2005)

Dentro de las personas pasibles de recibir cuidados cabe resaltar el grupo de las personas en situación de discapacidad, "grupo que podría beneficiarse del sistema de cuidado dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite. En todo caso, si no correspondieran al "umbral de entrada" establecido, podrían beneficiarse de otros Servicios Sociales de provisión pública". (Documento base de sistema de cuidados, 2011: 7)

Debido a lo anterior cabe resaltar algunos aspectos en lo que refiere a la discapacidad. Según los discursos institucionales del MIDES, se considera a la discapacidad como una condición humana compleja por su diversidad y por el impacto

que genera en todos los aspectos de la vida de una persona. Existe una tendencia mundial a considerar la discapacidad como prioridad en el plano de los derechos humanos. El Informe Mundial sobre Discapacidad, de la OMS (2011), expresa que en los próximos años la discapacidad será motivo de una mayor preocupación, considerando el aumento de su prevalencia. (Documento base sistema de cuidados, 2011)

Es relevante, al momento de hablar de discapacidad realizar una distinción entre dos enfoques o modelos de la misma: el modelo médico hegemónico (o individual, o biopsicosocial) y el modelo social. El discurso de la OMS ha tenido gran impacto en lo que refiere a una idea de la discapacidad como un observable en el cuerpo de los sujetos y a-histórico en su modo de expresión. Desde aquí se asocia a la deficiencia con la anormalidad, con una desviación respecto a la norma establecida. Se va a definir a los sujetos a partir de lo que no tienen, su falta, su déficit, su carencia, poniéndose en cuestión su deber ser. Pensar a la discapacidad desde esta postura supone la idea de que se está comparando un cuerpo normal y sin fallas (ideal), con otro cuerpo que se presenta por fuera de esas condiciones. De este modo, desde un modelo médico, se relaciona a la discapacidad directamente con un estado de salud, un hecho biológico y universal que expresa alguna anormalidad. Es el "otro" quien tiene el problema y quien se aleja del "nosotros". (Vallejos *in* Rosato y Angelino, 2009)

Como forma de superar el modelo médico de la discapacidad, se han generado varias transformaciones en torno a este concepto desde una mirada social en la normativa internacional, apuntando a los derechos de estas personas y a su condición de sujetos. Desde esta postura, y a través de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se plantea el siguiente concepto de Discapacidad: "La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la socie-

dad, en igualdad de condiciones con los demás". (2006: 01)

De esta manera se busca desentrañar la presunción de que la misma es un hecho biológico, una tragedia o una enfermedad. El hecho de analizar a la discapacidad como una producción social implica, como lo expresan Rosato y Angelino, "... situarla en el marco de un complejo entramado de relaciones de desigualdad inscriptas en nuestra propia sociedad..." (2009: 33). Es decir, que la discapacidad no es algo dado naturalmente que tenga que ver con lo biológico de los cuerpos, sino que es la propia sociedad la que se encarga de construir las diferencias a partir de un modelo o patrón considerado como el "normal", lo que conlleva a etiquetar a quienes son "portadores" de dichas diferencias como seres "anormales", "inferiores". De este modo, es posible entender que su significado es una invención en el marco de relaciones de asimetría propias de la sociedad capitalista. (Vallejos *in* Rosato y Angelino, 2009)

Abordar a la discapacidad desde un enfoque social es entender a la discapacidad como una construcción social desde donde se concibe a la persona como sujeto de derecho, de respeto y se apunta a la potenciación de la diversidad como singularidad reconocible a cada individuo; en contraposición a la idea que se sustenta desde el modelo médico de disciplinamiento a través del deber ser y de la normalidad.

Según Míguez (2011) es a partir de la CDPD que se introduce la idea de procesualidad en la definición de discapacidad, ya que al tratarse de una definición construida por la sociedad, la misma puede transformarse en función a un tiempo y espacio determinados. Si bien es reciente la denominación "personas con discapacidad", en el ámbito académico y desde las Ciencias Sociales, se está introduciendo otra forma de nombrar que se entiende es superadora de la anterior: persona en situación de discapacidad. Esto refiere a un sujeto singular (persona) que se halla en una situación específica (la discapacidad) ubicada socialmente en la misma a partir, la mayoría de las veces, de un diagnóstico de deficiencia. El

ser ubicada socialmente le da el carácter de situación, en el entendido que las sociedades en su procesualidad podrán ir superándose en lo interiorizado del modelo médico hegemónico y cambiando hacia el real reconocimiento de su puesta de barreras (materiales y simbólicas) a quienes no sean considerados "normales" (según la ideología de la normalidad).

En lo que respecta al marco normativo, en Uruguay se sanciona en el año 1989 la Ley N° 16 095, de Protección integral de los Derechos de las Personas Discapacitadas. Luego de un largo trayecto por superar la visión netamente médica de la discapacidad, en un proceso de escucha de los diversos actores implicados que llegaban a la Cámara de Representantes (período 2005-2008), se promulga en febrero de 2010 la Ley N° 18 651, de Protección Integral de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual deroga a la anterior Ley. Dicha ley en su primer artículo hace explícito lo siguiente:

Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas. (Ley N.º 18 651, 2010: 1)

En relación a lo anterior, en cuanto al valor de lo discursivo del marco normativo, se entiende que dicha ley buscaría asegurar una base de igualdad en promoción de la diversidad. Si se tiene en cuenta lo anterior y considerando que los gobiernos progresistas en el Uruguay, desde el 2005, han apuntado a la protección de derechos de los ciudadanos más vulnerables a través de políticas universalistas e integrales y focalizadas en situaciones específicas, cabe expresar que al momento de abordar a las personas en situación de discapacidad las considera como "dependientes", pasibles de recibir cuidados, destinando cada vez más beneficios econó-

micos y sociales. La contradicción se halla en que esto no estaría generando igualdad, tal como se manifiesta en la ley N° 18.651, sino en la ubicación de absoluta dependencia de alguien que no tiene por qué serlo y, para recibir el beneficio (no la dádiba) debe autorreconocerse y ser reconocido con la etiqueta de la dependencia.

1.2 El Uruguay de cara a la discapacidad

Vale destacar que, en materia de políticas sociales para personas en situación de discapacidad, el Uruguay se enmarca, desde el año 2008 en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmando su posterior ratificación en el año 2011. En este marco, el Uruguay debería seguir los lineamientos expresados en dicha convención. Pese a esto, el país debe cargar con una ley (18.651 De Protección Integral de Personas con Discapacidad) que pese a su evolución en materia de discapacidad, a tres años de su aprobación, aún no ha sido reglamentada.

En el año 2007 se creó el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), el cual se encuentra amparado en la ley N° 18.172 y se enmarca en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Los objetivos del Programa son mejorar la calidad de vida de las personas con alguna alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad, entendiendo que a partir de la capacitación, estas personas podrán lograr la inclusión social. Otro de sus objetivos refiere a la promoción y difusión de todas las acciones que contribuyan a la inclusión de las personas en situación de discapacidad; y la promoción y ejecución de programas y apoyos en la implementación de políticas focalizadas en pos de una mayor inclusión de esta población. Se apunta a que todas las políticas sociales se encuentren transversalizadas por dicha temática.

Por otra parte, el PRONADIS tiene un rol muy importante en la ejecución del Sistema Nacional de Cuidados. A su vez, dentro del PRONADIS existen múltiples servicios tales como: laboratorio de ortopedia; asesores

ramiento jurídico gratuito para las personas en situación de discapacidad y sus familias; fondos de ayudas técnicas; apoyo al servicio de transporte brindado con la Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad; funcionamiento del centro de rehabilitación para personas ciegas y con baja visión y del Instituto Nacional de Ciegos "General Artigas"; apertura de la primera Unidad de Atención en Salud para Personas Sordas. Asimismo, brinda apoyo técnico y financiero a 131 instituciones en todo el país que trabajan en pos de la rehabilitación de personas en situación de discapacidad; brinda apoyo a personas con malformaciones congénitas, en la realización de lentes y prótesis; promueve un servicio de turismo social en la región. Dentro de INEFOP, se encuentra el Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad (PROCLADIS) que apunta a la formación para el trabajo de personas que se encuentran en situación de discapacidad. En algunos casos estos programas de capacitación se concretan con una inserción en el ámbito laboral de esta población.

Como puede apreciarse, existe una amplia gama de servicios brindados desde dicho programa. Todos estos están siendo ejecutados en Montevideo y algunos programas, no en su totalidad, se están llevando a cabo en departamentos del interior. Lo mismo sucede con otros beneficios, tales como los que son brindados por el Instituto de Previsión Social (BPS) (pensiones por invalidez, jubilaciones por incapacidad total, pensiones de sobrevivencia a menores con discapacidad, ayudas especiales o extraordinarias, asignaciones familiares y subsidios transitorios), el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) para la capacitación a trabajadores en subsidio transitorio por discapacidad y en licencias por enfermedad de larga duración.

A su vez, a partir de la ley 16.095 (que antecede a la ley 18.651) se crea en el Uruguay la Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad la cual funciona en el departamento de Montevideo, nucleando a las Comisiones Departamentales de Discapacidad. Los objetivos de dichas comisiones son cons-

tituirse como un ámbito de articulación a nivel territorial que posibilite un espacio de diálogo entre las instituciones que trabajan a nivel departamental, propiciando de esta forma, la inclusión social de las personas con discapacidad. También se busca contribuir a la sensibilización de la comunidad para que se pueda incluir en todas las actividades a personas que se encuentran en esta situación.

Según datos del MIDES, el estado Uruguayo destina alrededor de 500 millones de dólares de presupuesto anual para personas en situación de discapacidad y sus instituciones, viéndose beneficiados más de 150 mil personas que se encuentran en dicha situación, sin contar los nuevos proyectos institucionales que se encuentran en marcha.

Lo anterior da muestra de la orientación que tiene el Uruguay en materia de discapacidad y políticas sociales, tomando a la temática como eje que transversaliza las diversas políticas públicas. Como en varios aspectos que hacen a la complejidad de un país históricamente centralizado, estas políticas funcionan por lo general muy bien en Montevideo, no siendo así en el resto del país, según la particularidad de cada departamento. En muchos casos las ayudas no llegan a la población objetivo, las más de las veces porque no se contaba con datos concretos y forma de detectar a esta población hasta el censo del año pasado. Con relación al departamento de Salto, ésta ha sido una realidad que ha atravesado al departamento en esta temática desde siempre.

2. Vivir, sentir y pensar desde una situación de discapacidad en Salto

2.1 Los explícitamente (auto)reconocidos, los implícitamente obviados.

Partir de la condición de sujeto de derecho en sociedades del orden capitalista implica el acceso a derechos y servicios que funcionan como dispositivos de regulación del orden. En el caso de las personas en situación de discapacidad el diagnóstico médico está mediado por parámetros de con-

ESPECIFICAR LA DEFICIENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	,6	,6	,6
?	1	,2	,2	,7
alzheimer	2	,4	,4	1,1
autista	6	1,1	1,1	2,2
baja vision	76	14,0	14,0	16,2
baja vision hipoacusico	2	,4	,4	16,5
bizco	1	,2	,2	16,7
cataratas	3	,6	,6	17,3
ciego	20	3,7	3,7	21,0
cuadriplegia	1	,2	,2	21,1
deficiencia motriz	1	,2	,2	21,3
deficiencia intelectual	86	15,8	15,8	37,1
deficiencia motriz	88	16,2	16,2	53,3
demencia senil	1	,2	,2	53,5
diabetes	1	,2	,2	53,7
dificultad en el aprendizaje	62	11,4	11,4	65,1
dificultad motriz	1	,2	,2	65,3
dificultad para hablar	7	1,3	1,3	66,5
dislexia	2	,4	,4	66,9
encefalopatia	1	,2	,2	67,1
epileptico	2	,4	,4	67,5
esclerosis multiple	1	,2	,2	67,6
espina bifida	2	,4	,4	68,0
esquizofrenia	4	,7	,7	68,8
glaucoma	3	,6	,6	69,3
hemiplegia	21	3,9	3,9	73,2
hidrocefalia	2	,4	,4	73,5
hiperactivo	1	,2	,2	73,7
hipoacusico	35	6,4	6,4	80,1
microcefalia	1	,2	,2	80,3
no habla	4	,7	,7	81,1
paralisis	1	,2	,2	81,3
paralisis cerebral	15	2,8	2,8	84,0
paralitico	1	,2	,2	84,2
parkinson	6	1,1	1,1	85,3
psicotico	3	,6	,6	85,8
sindrome acromegalia	1	,2	,2	86,0
sindrome de down	29	5,3	5,3	91,4
sindrome preader willi	1	,2	,2	91,5
sordo	34	6,3	6,3	97,8
sordo ciego	3	,6	,6	98,3
toxoplasmosis	1	,2	,2	98,5
trastorno del desarrollo	1	,2	,2	98,7
tuerto	7	1,3	1,3	100,0
Total	544	100,0	100,0	

sonas especiales”, rótulos que impiden una real inclusión. Y, por otro lado, hay personas que reconocen su situación de discapacidad pero no acceden a un reconocimiento social lo que impide el goce de sus derechos.

Previo a la presentación de los datos obtenidos resulta pertinente realizar algunas precisiones que darán mayor claridad a los datos cuantitativos planteados.

El departamento de Salto cuenta con aproximadamente 120.000 habitantes, de los cuales 100.000 se concentran en la ciudad de Salto. Para los estudios estadísticos, la ciudad es dividida en tres secciones censales.

El relevamiento fue realizado en la sección censal N° 1, que comprende un total aproximado de 28 barrios, a saber: Saladero, Jardines Sur, Cien Manzanas, Salto Nuevo, Patulé, Los Olivos, Bello Horizonte, Quiroga, Constitución, Harriague, Santa Cecilia, Minervine, Don Atilio, Ceibal, Los Ingleses, Yaque, Lazareto, Almagro, Centro, Huracán, 25 de Mayo,

trol estandarizados pero carentes de aspectos que hacen a la subjetividad de la personas y de su vida cotidiana. De esto resulta que dentro del rótulo “discapacidad” quedan personas por fuera de determinadas esferas como la laboral y educativas. Es así que existen “actividades especiales” para “per-

El Triángulo, Santa Teresa, La Estrella, Costanera Sur, Jardines de don Bosco, San Martín y Lourdes.

Los datos que se presentan a continuación, y que remiten a esta delimitación censal, fueron relevados a través de una planilla (ver

QUE EDAD TIENE LA PERSONA QUE PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	1	,2	,2	,2
1	3	,6	,6	,7
2	5	,9	,9	1,7
3	3	,6	,6	2,2
4	10	1,8	1,9	4,1
5	8	1,5	1,5	5,6
6	15	2,8	2,8	8,4
7	4	,7	,7	9,1
8	13	2,4	2,4	11,6
9	10	1,8	1,9	13,4
10	13	2,4	2,4	15,9
11	7	1,3	1,3	17,2
12	12	2,2	2,2	19,4
13	17	3,1	3,2	22,6
14	12	2,2	2,2	24,8
15	12	2,2	2,2	27,1
16	9	1,7	1,7	28,7
17	9	1,7	1,7	30,4
18	9	1,7	1,7	32,1
19	8	1,5	1,5	33,6
20	5	,9	,9	34,5
21	9	1,7	1,7	36,2
22	5	,9	,9	37,1
23	11	2,0	2,1	39,2
24	8	1,5	1,5	40,7
25	4	,7	,7	41,4
26	3	,6	,6	42,0
27	5	,9	,9	42,9
28	13	2,4	2,4	45,3
29	2	,4	,4	45,7
30	6	1,1	1,1	46,8
31	2	,4	,4	47,2
32	4	,7	,7	47,9
33	8	1,5	1,5	49,4
34	7	1,3	1,3	50,7
35	7	1,3	1,3	52,1
36	2	,4	,4	52,4
37	2	,4	,4	52,8
38	6	1,1	1,1	53,9
39	9	1,7	1,7	55,6
40	3	,6	,6	56,2
41	1	,2	,2	56,3
42	3	,6	,6	56,9
43	1	,2	,2	57,1
44	3	,6	,6	57,6
45	3	,6	,6	58,2
46	5	,9	,9	59,1
47	7	1,3	1,3	60,4
48	3	,6	,6	61,0
49	3	,6	,6	61,6

anexo 1) en donde se especifican las diferentes deficiencias.³ En caso de que la persona presentara sordera o ceguera se aplicaba un cuestionario en profundidad (ver anexo 2).

La población estimada para la sección mencionada es de 32.000 personas. A partir de los datos recabados de dicha población censada, 544 personas declararon tener algún tipo de deficiencia. Este aspecto ("declaración de deficiencia") resulta pertinente tomarlo en cuenta, ya que no todas las personas con alguna deficiencia son proclives a autoreferenciarla a sí mismo, fundamentalmente cuando se trata de alguna deficiencia leve o moderada, y/o que su reconocimiento le puede implicar a la persona en concreto ubicarse en una situación de discapacidad que no pretende hacer según su proceso identitario.

A continuación se presentan las tablas de frecuencia en donde se detalla la información recabada:

³ Se hace referencia a deficiencias, en tanto remite a la singularidad de cada sujeto con relación a la noción de déficit. Se diferencia del concepto de discapacidad, en tanto este último implica la ubicación (o no) de una persona con alguna deficiencia en una situación de discapacidad.

QUE EDAD TIENE LA PERSONA QUE PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
50	3	,6	,6	62,1
51	4	,7	,7	62,9
52	4	,7	,7	63,6
53	3	,6	,6	64,2
54	4	,7	,7	64,9
55	1	,2	,2	65,1
56	3	,6	,6	65,7
57	4	,7	,7	66,4
58	6	1,1	1,1	67,5
59	5	,9	,9	68,5
60	7	1,3	1,3	69,8
61	3	,6	,6	70,3
62	9	1,7	1,7	72,0
63	5	,9	,9	72,9
64	6	1,1	1,1	74,1
65	5	,9	,9	75,0
66	4	,7	,7	75,7
67	9	1,7	1,7	77,4
68	10	1,8	1,9	79,3
69	8	1,5	1,5	80,8
70	11	2,0	2,1	82,8
71	7	1,3	1,3	84,1
72	8	1,5	1,5	85,6
73	5	,9	,9	86,6
74	5	,9	,9	87,5
75	5	,9	,9	88,4
76	8	1,5	1,5	89,9
77	4	,7	,7	90,7
78	5	,9	,9	91,6
79	4	,7	,7	92,4
80	7	1,3	1,3	93,7
81	3	,6	,6	94,2
82	4	,7	,7	95,0
83	3	,6	,6	95,5
84	4	,7	,7	96,3
85	5	,9	,9	97,2
86	3	,6	,6	97,8
87	2	,4	,4	98,1
88	3	,6	,6	98,7
89	1	,2	,2	98,9
90	2	,4	,4	99,3
91	1	,2	,2	99,4
96	2	,4	,4	99,8
97	1	,2	,2	100,0
Total	536	98,5	100,0	
Perdidos Sistema	8	1,5		
Total	544	100,0		

Puede apreciarse que se relevaron alrededor de 30 deficiencias, siendo las más frecuentes: baja visión, ceguera, intelectual, motriz, dificultad en el aprendizaje, hipoacusia, Síndrome de Down y sordera.

Si se analizan los datos obtenidos sobre el total de la población de la sección censal 1, puede establecerse que el total de las deficiencias corresponden a un: 1,7 %, por consiguiente. Se puede decir que un 1,7% de la población que habita en dicha zona posee algún tipo de deficiencia "declarada", lo que difiere con el aproximadamente 7 % del último Censo Nacional.

Si se lee la siguiente tabla presentada, puede apreciarse que la edad no es un motivo del aumento de la deficiencia, por el contrario, ésta se concentra en la mayoría entre las edades de 4 a 15 años, disminuyendo levemente a partir de esta edad, y haciéndose más notoria dicha disminución a partir de los 30 años de edad.

Si se analiza el tramo de edades, puede apreciarse que las deficiencias que más se concentran en los adultos mayores son: sordera, hipoacusia y dificultades para caminar. En la mayoría de los casos

estas deficiencias fueron adquiridas a causa de la edad. También aumentan notoriamente en el adulto mayor la ceguera y baja visión.

Por otra parte, puede apreciarse que las deficiencias intelectuales se concentran notoriamente en las edades jóvenes (niños, adolescentes y adultos jóvenes), decayendo esta proporción a partir de dichas edades:

Es importante mencionar que todos los datos que han sido recabados se han analizado en función de lo que la persona entiende por la dificultad, por ejemplo: deficiencias intelectuales y dificultades en el aprendizaje son categorías que dependen mucho de la percepción que la persona tenga de la deficiencia, esto es, si considera que tiene dificultad en el aprendizaje, más allá exista o no un diagnóstico del orden de lo médico.

Para culminar, se debe establecer que si bien la proporción de personas con diferentes deficiencias (1.7 %) es un número muy bajo para los números nacionales (y hasta mundiales), resulta relevante cuestionar por qué en una sociedad como la salteña es tan bajo el porcentaje de los "autorreconocidos". ¿Están mediando en dichas respuestas aspectos subjetivos que interpelan la singularidad de estos sujetos en su proceso identitario y de reconocimiento? Al no autorreconocerse en una situación de discapacidad, según lo estipulado por distintas políticas sociales en torno a discapacidad, ¿cómo transita su vida cotidiana en el plano de la invisibilidad de una situación planteada por la ideología de la normalidad? ¿Qué tanto impacta esta ideología en sujetos concretos que, posiblemente teniendo una deficiencia no la manifiesten? ¿Es falta de autorreconocimiento o invisibilidad desde la sociedad salteña? Estas y varias preguntas aparecen a la hora de analizar los datos y escuchar los discursos de los informantes calificados, todo lo cual se halla en proceso de delimitación en la investigación en curso.

2.2 Los "visibles": percepciones y valoraciones propias y de sus familias.

Los explícitamente autorreconocidos, los implícitamente obviados hace referencia a dos caras de una misma moneda: la de la invisibilidad, y como ésta se relaciona con las personas en situación de discapacidad, no sólo por sus percepciones propias (y la conformación de su identidad) sino también por sus valoraciones familiares y sociales.

En primer lugar, es pertinente explicar qué se entiende por identidad, la cual se atribuye a una unidad distinguible. Por medio de dicha distinción se destaca algo de los demás de su especie. Cuando se trata de personas, la posibilidad de distinguirse de los demás también tiene que ser reconocida por los demás en procesos de comunicación, lo que requiere que medie una intersubjetividad lingüística. Es decir, no basta que las personas se autoperciban distintas, sino que tienen que ser percibidas y reconocidas como tales. (Gimenez, 1997)

Una tipología elemental realizada por Melucci (*apud* Giménez, 1997) distingue cuatro posibles configuraciones identitarias:

- 1) Identidades segregadas: el actor se identifica y afirma su diferencia en forma independiente del reconocimiento de otros.
- 2) Identidades hetero-dirigidas: el actor es identificado y reconocido como diferente por los demás, pero él mismo posee una débil capacidad de auto-reconocimiento.
- 3) Identidades etiquetadas: el actor se auto-identifica en forma autónoma, aunque su diversidad ha sido fijada por otros.
- 4) Identidades desviantes: en este caso hay una adhesión completa a las normas que proceden de los demás, pero la imposibilidad de ponerlas en práctica induce a rechazarlos mediante la exasperación de nuestra diversidad. (Melucci *apud* Gimenez, 1997)

La identidad de un sujeto concreto emerge y se afirma solo en la confrontación con otras identidades en el proceso entre lo particular y lo genérico, entre lo que interioriza un sujeto concreto del ser genérico y lo que exterioriza en la procesualidad dialéctica y ontológica del ser. (Sartre, 2010)

En este entramado, ¿qué lugar ocupan en esta sociedad las personas en situación de discapacidad? ¿Cómo van construyendo su identidad? ¿Cómo la sociedad le genera espacios para la construcción de su identidad? ¿Existen "identidades especiales" en la conjugación de lo especial como espacio irreductible para la discapacidad? Hablar de los niños y niñas, de las mujeres y de los hombres, a los que, por ejemplo, la Educación Especial se refiere, resulta difícil. Hablar de ellos y ellas como seres con una identidad o

identidades especiales, resulta todavía más. Según Perez de Lara (2001), la identidad de los/as estudiantes de la Escuela Especial, si es que se puede llamar "identidad" a la experiencia de ser, existir y subsistir en un mundo real, con un cuerpo real, unos sentimientos reales y una vida real en la cual se mira y se ve como algo invivible: "Pobrecito", "¿se los puede considerar personas?", "a veces son muy vivos, no sé qué tienen", "no se puede trabajar esto con ellos", "no entienden nada", etc., son algunas de las frases que aparecen en los discursos.

Dice Perez de Lara (2001) que quizá sea su identidad esa experiencia de vivir en un mundo en el cual lo mejor que se puede decir de uno es: "te vamos a dar una educación especial", "como no sirves para trabajar, aprenderás algo en un taller", "recibirán pensión para aportar en casa", "no puedes formar parte de la sociedad, pero no eres excluido, pero ¿Qué hacemos contigo?"

Todas las personas tienen una identidad que van construyendo en los círculos de convivencia por las que van pasando a lo largo de su vida. Sin embargo, las personas en situación de discapacidad, para la ideología de la normalidad, pareciera que solo tienen una única identidad: la discapacidad. Se les borran todas las particularidades, se naturaliza todo rastro de identidad, solo tiene una única identidad posible y es mejor que se las señale para clasificar y calificar. Pero, *"Esa marca particular –esa sonrisa, ese gesto, esa ocurrencia- definen más a una persona que el brazo que les falta o un cromosoma de más. Y esto no es una variante menor, que agregaría." (...)* "sino un determinante". (Kipen In Angelino, Rosato, 2009: 128)

3. Reflexiones Finales

Un aspecto a tener en cuenta al posicionarse desde el modelo social es el claro acuerdo de pensar a las personas en situación de discapacidad como sujetos de derecho, lo que determina enmarcar la temática en un camino de inclusión. Es preciso renunciar a los discursos hegemónicos que llevan al disciplinamiento y al refuerzo de normalizaciones de poder represivo en torno a la discapacidad. Lleva a quitar el foco del objeto de asistencia y ajustar el lente en el sujeto de derecho.

Sin embargo, pensar, actuar, sentir y ser desde la inclusión, desde la accesibilidad universal, desde la trascendencia de la "normalidad"/"anormalidad", aún parece una utopía en los hechos, más allá que en los discursos no se pierde oportunidad de mencionarlos

fácticamente como concreciones. (Míguez 2011: 6)

De acuerdo a lo desarrollado en el artículo, en Uruguay aún resta mucho por hacer en materia de discapacidad, no existiendo un diálogo entre lo legislado y las concreciones en el plano de los hechos, entre lo percibido y lo referenciado, entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo material y lo simbólico.

No se puede negar que en los últimos años, a partir de los gobiernos progresistas, ha habido un avance en materia de discapacidad, el cual responde, entre otras cosas, a reivindicaciones por parte de las minorías en cuanto al reconocimiento como sujetos de derecho. Sin embargo, hay un deber importante en cuanto a la materialización de los derechos de las personas en situación de discapacidad a través de políticas sociales que sean transversalizadas en todo momento por esta temática.

Por otra parte, con respecto a los datos obtenidos del censo, puede apreciarse que hay una diferencia entre las personas que se (auto)reconocen con alguna deficiencia y/o en situación de discapacidad y los porcentajes a nivel nacional, siendo las primeras de un 1,7%, mientras que el último Censo revela un 7% aproximadamente de personas en situación de discapacidad en el Uruguay.

Se entiende que la respuesta del 1,7% puede deberse a varias causas, siendo algunas de ellas: el etiquetamiento por parte de la sociedad; la influencia del modelo médico en las formas de pensar, actuar y sentir de las personas, dependiendo, en muchos casos la percepción de la discapacidad del diagnóstico médico; historia de vida familiar en materia de discapacidad; la implicancia de una situación de discapacidad en una sociedad donde estas cuestiones pueden estar bastante invisibilizadas, entre otras.

Cabe destacar que si se coteja con los datos obtenidos, la franja en donde hay mayor captación de personas con discapacidad son las edades comprendidas entre 4 y 15 años, lo cual se puede deber a que es la edad en que la persona se encuentra mayormente intitucionalizada (instituciones educativas, de salud y de rehabilitación) disminuyendo en las edades posteriores ya que no existen en la ciudad de Salto instituciones que los contengan, perdiéndose registro de esta población. Y aumenta nuevamente a partir de los 65 años, edad en la cual se vuelve a contar con una presencia institucional fuerte.

En este sentido, se hacen propias las palabras planteadas en el Código de Ética del Trabajo Social, al decir que:

(...) como profesionales, tenemos la responsabilidad de defender una ética que reafirme la capacidad humana de ser libres, o sea de escoger conscientemente, con protagonismo, las alternativas para una vida social digna (...) Pero es necesario establecer las mediaciones de esa proyección social en la profesión, o sea traducir los valores de emancipación humana en la práctica cotidiana. (ADASU, 2001)

Se considera de gran relevancia, desde el Trabajo Social, la necesidad de una perspectiva crítica, de manera de lograr una aproximación a las demandas y necesidades de información de todos los actores involucrados, gubernamentales o no, en el área de discapacidad. Pensar y repensar los marcos conceptuales con respecto a dicha temática de modo de complementar dicha perspectiva definiendo acciones en este campo y en la ejecución de políticas. Esto plantea retos como: construir espacios de articulación, indagar nuevas formas de relacionamiento entre organizaciones públicas y priva-

das, pensar en un nuevo sentido de lo público, pero sin dejar de tener en cuenta la centralidad del Estado como generador de políticas y legislaciones. (AAVV, 2003)

Como se expresó en la introducción, el presente artículo pretendía dar cuenta de los avances exploratorios en una investigación que se halla en curso. Se trató de indagar y problematizar los primeros nudos que fueron apareciendo a la hora de analizar reflexivamente los datos obtenidos a partir de las distintas técnicas de investigación llevadas adelante. Se intentó generar la duda, plantear interrogantes, desnaturalizar lo dado y reflexionar en torno a lo aparente. Se espera como Grupo de Estudios sobre Discapacidad con base en la Regional Norte, haber generado alguna de estas cuestiones en los lectores, a fin de ser estímulo para un piense colectivo en torno a una temática de absoluta complejidad, vigencia y relevancia.



Referencias bibliográficas

- AAW.** (2001). *Nuevos Escenarios y Práctica Profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio. Buenos Aires.
- Aguirre, R.** (2005). *Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas*. En: CEPAL. (2005). *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. Montevideo: CEPAL.
- Baudrillard, J.** (2000). *Figuras de la alteridad*. Buenos Aires: Prometeo.
- Castells, M.** (1996). *El poder de la identidad*. California: Alianza.
- CEPAL-UNFPA.** (2010). *Hacia un sistema nacional de cuidados en Uruguay*. Proyecto Género, Población y Desarrollo, Montevideo: CEPAL-UNFPA.
- Filgueira, F.** (2010). *Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y del cuidado*. Montevideo: Colección Documentos de Proyecto.
- Foucault, M.** (1998). *Los Anormales*. México: FCE.
- (1992). *Microfísica del Poder*. Madrid: La Piqueta.
- Giménez, G.** (1997). *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Heller, A.** (1994) *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Ley N° 18.651.** *Protección integral de las Personas con Discapacidad*. Montevideo: Poder Legislativo.
- Lourau, R.** (2001). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Míguez, M.N.** (2009). *Construcción social de la discapacidad*. Montevideo: Trilce.
- . (2011) *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: ESEditora.
- Ministerio de Desarrollo Social.** (2011). *Documento Base del Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: MIDES.
- Organización de Naciones Unidas.** (2006). *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Washington: ONU.
- Organización Mundial de la Salud.** (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.
- Palma, D.** (1997) "Políticas Sociales y contexto histórico". Córdoba: Univ. Blas. Rev. Perspectivas Nro. 5, Pp. 12-23
- Pastorini, A.** (1999) *La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad*. Montevideo: FCS - Temas de Trabajo Social
- Pérez de Lara Ferré, F.** (2001). *La identidad, la diferencia y la diversidad: mantener viva la pregunta en Habitantes de Babel. Política y poética de la diferencia*. Barcelona: Laertes.
- Rebellato, J.L.** (2000). "La educación liberadora como construcción de la autonomía y recuperación de una ética de la dignidad". Montevideo: EPPAL. V.18, Pp. 31-41.
- Salvador, S.** (2010). *Hacia un sistema nacional de cuidados*. Montevideo: MIDES.
- Sartre, J.P.** (2000). *Crítica de la Razón Dialéctica*. Buenos Aires: Losada.