



CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO LEGISLATIVO
Oficina de Asistencia Técnica Legislativa

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Asunto: | <i>Estudio de Antecedentes</i> |
| Tema: | <i>Discapacidad Cognitiva</i> |
| Solicitante: | <i>Bancada Cambio Radical</i> |
| A cargo de: | <i>Pablo Andrés León Tobón</i> |
| Bajo la mentoría de: | <i>Dr. Álvaro Forero Navas</i> |
| Fecha de solicitud: | <i>02 de diciembre de 2003</i> |
| Fecha de conclusión: | <i>27 de abril de 2004</i> |

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

La Bancada Cambio Radical solicitó a la Oficina de Asistencia Técnica Legislativa –OATL- un estudio de antecedentes sobre el tema de *discapacidad cognitiva*, a partir de una investigación sobre legislación extranjera en este tema.

RESUMEN EJECUTIVO

1. Evolución del concepto de “discapacidad”

El documento sobre clasificación médica de las “*Consecuencias de la enfermedad*”, realizado por la Organización Mundial de la Salud de 1980, define “deficiencia” como “toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” y “discapacidad”, como “toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia en la capacidad de realizar cualquier actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”. Las anteriores definiciones evidencian el carácter deficitario de las limitaciones sobre el potencial propio del individuo, lo que le obstaculiza a éste desempeñar su rol social.

Por otro lado surgen diversas definiciones que parten de la evaluación de las necesidades del sujeto y la implementación de los recursos correspondientes para satisfacer dichas necesidades. La misma OMS propone una nueva clasificación internacional de la discapacidad, que deja de ser un listado de “consecuencias de enfermedades”, para convertirse en una clasificación de “componentes de salud”, que define lo que constituye la salud.¹ Es aquí en donde se empieza a hablar del rol del entorno físico y social para con el discapacitado, lo que implica que ambos, sociedad y discapacitado, son responsables de tratar y atenuar las deficiencias y limitaciones que afectan al individuo. En la actualidad las personas con discapacidad cognitiva se encuentran en una situación

¹ OMS – OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud CIF. IMERSO. Madrid. 2001.

de vulnerabilidad al padecer importantes dificultades para su desenvolvimiento personal y en el desarrollo de las actividades de su vida diaria.

Ahora bien, el déficit cognitivo es la manifestación de alteraciones cerebrales que pueden tener causa en mecanismos genéticos anormales, en variables prenatales y del parto ó a circunstancias postnatales. Se presenta como un conjunto de dificultades en el individuo a nivel emocional, social e intelectual, que tienen que ver con procesos de percepción, memoria, atención, desarrollo motor y del lenguaje. Cada uno de estos niveles de afectación, en grado diferente, determina no solo las posibilidades de tratamiento, sino también el tipo de intervención más adecuado, la duración del mismo y su costo potencial.² En términos médicos, para la discapacidad cognitiva profunda y definitiva no hay medicamento, pues esta patología se caracteriza por un daño del tejido cerebral que no puede regenerarse ni reemplazarse. Los medicamentos, hasta ahora, no pueden restaurar la estructura dañada. Por tal motivo la discapacidad cognitiva es permanente e irreversible.

2. Población colombiana con discapacidad

En Colombia se carece de un registro actualizado y confiable de la deficiencia, discapacidad y minusvalía en relación con el total de la población. La poca información estadística existente en nuestro país, además de ser poco confiable, no permite realizar un análisis de las condiciones reales de la discapacidad. Aunque el documento CONPES 2761 de 1995 estableció que la Vicepresidencia de la República y el DANE debían “diseñar y poner en marcha los sistemas de información y comunicación sobre discapacitados” aún esto no se ha cumplido a cabalidad. En consecuencia, es muy difícil poder hablar de indicadores sobre el estado general de la discapacidad y sobre las condiciones de vida de las personas directa e indirectamente afectadas. Un factor importante a tener en cuenta es que éste fenómeno, además de haberse convertido en un problema de salud pública de proporciones crecientes, debido a la violencia generalizada y al desarrollo socioeconómico, tecnológico y demográfico, está aumentando de manera considerable y la ausencia de información confiable imposibilita la formulación de planes, programas y proyectos.

De acuerdo a la Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, por la que se aprueba “*el programa de acción mundial para las personas con discapacidad*”, se estimó que para esa época, el número de personas con discapacidad estaba alrededor de 500 millones de personas, cifra respaldada por los resultados de encuestas a segmentos de población y observaciones de investigadores experimentados. También se afirmó que en la mayoría de los países por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial. Las causas de las deficiencias varían en todo el mundo y son el resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas y de las diferentes disposiciones que cada sociedad adopta para lograr el bienestar de sus miembros. El documento en mención, sostiene que la relación entre discapacidad y pobreza ha quedado claramente demostrada. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud - OMS-, alrededor del 12% del total de habitantes de un país pueden presentar cuadros de discapacidad. Otros indicadores de Naciones Unidas mencionan que la magnitud de la discapacidad en el mundo es bastante considerable pues alrededor del 10% de su población presentaría discapacidad y alrededor del 25% se encuentra directamente afectada por este fenómeno.

Si aceptamos las estimaciones de la OMS y tenemos en cuenta que la población actual de Colombia se encuentra cercana a los 44 millones de habitantes, resulta que estaríamos hablando de una cifra cercana a 5'280.000 personas con algún tipo de discapacidad. No obstante, los datos del último Censo de Población y Vivienda del año 1993 revelaron un total de 593.618 personas censadas con discapacidad, lo que significaría únicamente el 1.85% sobre la población total del país. Si se mantuviera el promedio que arrojó el censo, hoy el país tendría 814.000 personas con

² Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE-, Bogotá.

discapacidad, cifra que dista muchísimo de los estimativos porcentuales de la OMS arriba mencionados.

En resumen, lo anterior permite presentar la discapacidad como un problema de salud pública que exige un pacto social entre el Estado, las organizaciones privadas, las organizaciones sociales y la sociedad civil, para lograr transformar los determinantes de la discapacidad, para prevenir su ocurrencia y promover el desarrollo de las potencialidades personales, la autorrealización y la libre participación de todos los miembros de la sociedad en su dinámica³

3. Marco legal de la discapacidad cognitiva en Colombia

En la Constitución de 1991 están contenidos algunos artículos como el 1, 2, 5, 12, 13, 25, 44, 45, 48, 49, 50, 54, 67, 68, 86 y 366, en donde se establecen, entre otros, algunos derechos fundamentales para la población en general. La Constitución consagra en su artículo 13, inciso último que, “el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” y, de otra parte, el último inciso del artículo 68 consagra que “la erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.” Principalmente el artículo 47 hace una alusión concreta a los discapacitados cognitivos enunciando que, “el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. De esta forma, en Colombia se han tomado una serie de medidas enfocadas a formular las pautas generales para las acciones del gobierno en el campo de la discapacidad. Estas medidas están diseñadas en pro de la igualdad de oportunidades para todas las personas, sin discriminación alguna por razones de discapacidad. Esta “transversalidad” en la atención del Estado para esta población, plantea un reto no solo en el terreno administrativo y social sino que también se extiende al de los derechos humanos fundamentales, al tratar de proporcionar una oportunidad para llevar una vida digna y con sentido. Tales medidas no pueden perder su objetivo fundamental al intentar hacer partícipes de tal política a todas las personas en todos los niveles y esferas de la sociedad. En este sentido, se trata de garantizar la seguridad y bienestar para las personas con discapacidad cognitiva en Colombia, permitiéndoles realizar plenamente su condición de ciudadanos.

En la historia reciente del país, la normatividad que marcó el inicio de los desarrollos intersectoriales en la atención a la población con discapacidad, se remonta a la creación del Sistema Nacional de Rehabilitación, Decreto 2358 de 1981, las normas sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas, Decreto 2177 de 1989, y el Código del Menor, Decreto Ley 2737 de 1989. En cuanto a los antecedentes de formulación de planes relativos al tema de discapacidad, en 1995 se expidió el Documento CONPES 2761: “Política de Prevención y Atención a la Discapacidad”, cuyos objetivos fundamentales fueron el mejoramiento de la calidad de vida de esta población en general y el logro de su integración social y económica.

La Ley 361 de 1997, “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación”, es reconocida como un importante avance en cuanto a la definición de un marco para el manejo de la discapacidad. Esta norma desarrolla diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas con limitación y establece obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que las personas que se encuentren en esta situación, puedan alcanzar “su completa realización personal y su total integración social”. Es así como la ley se ocupa de asuntos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social y la accesibilidad.

³ Estudio Nacional de Necesidades, Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación, Colombia. Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, Marzo de 2004.

Específicamente el artículo 6 de la mencionada ley establece el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación” en calidad de “asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado”, y se prevé la conformación de Grupos de Enlace Sectorial, con la participación de instituciones y entidades de naturaleza pública y privada. La convocatoria para designar sus miembros la hace públicamente el Ministro de la Protección Social con la colaboración de las entidades obligadas en el tema. Estos miembros son elegidos por un período de dos años. Son invitados permanentes las EPS, las ARS, y las Cajas de Compensación Familiar. Actualmente la secretaría técnica está en cabeza del Ministerio de la Protección Social y su función es prestar apoyo técnico y logístico requerido para el funcionamiento del Comité Consultivo y aportar información derivada del Comité. La coordinación técnica está en cabeza de la Consejería para la Política Social de la Vicepresidencia de la República. El comité técnico nacional está compuesto por los coordinadores de los grupos de enlace. Los grupos de enlace sectoriales están conformados por los Ministerios de la Protección Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Transporte, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y las demás entidades que se estime conveniente convocar. Las instancias territoriales las viene coordinando la Red de Solidaridad.

También es importante mencionar la Ley 181 de 1995, la cual dicta disposiciones para el fomento del deporte asociado a las personas con discapacidad cognitiva orientando medidas tendientes a su rehabilitación e integración social, otorgándole dicha responsabilidad a Coldeportes; la Ley 582 de 2000, que define el deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, y constituye el Comité Paralímpico Colombiano como organismo superior de coordinación del deporte asociado para personas con limitaciones. El decreto 641 de 2001 reglamenta éste último a través de los clubes deportivos, ligas deportivas y federaciones deportivas para personas con discapacidad cognitiva. También, el Decreto 2082 de 1996 que reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones, entre ellas la cognoscitiva, y fundamenta sus principios en la integración educativa y en el establecimiento de aulas de apoyo especializadas en las entidades territoriales. Por último, el Decreto 276 de 2000 que modifica el Decreto 1068 de 1997 en cuanto a la conformación y funciones del Comité Consultivo Nacional y la conformación y funciones de los grupos de enlace sectorial.

Bajo el contexto conceptual y normativo existente en 1998, el anterior gobierno formuló el “Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999 - 2002”, que recoge las propuestas que dicho gobierno presentó al país en materia de la atención a la población con limitaciones físicas, sensoriales y mentales, y que a su vez desarrolla ocho líneas estratégicas transversales. Luego, el presente Gobierno presentó las “Bases para la Formulación de una Política Pública en Discapacidad 2003 - 2006”, en donde se designó a la Consejería Presidencial para la Política Social como instancia de coordinación de las actividades de interacción entre las diferentes instituciones nacionales involucradas. El objetivo general del Plan es “consolidar una política pública que permita construir una sociedad que considere la discapacidad como una situación que puede y debe prevenir, respete y reconozca las diferencias que de ella se derivan, logrando que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurren y estén comprometidos en promover y proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana”. Los componentes estratégicos de este plan para la intervención en discapacidad son promoción y prevención, equiparación de oportunidades y habilitación / rehabilitación, los cuales involucran a la sociedad, y por ende, a sus diferentes estructuras organizativas e instituciones.

En síntesis, se puede decir que existen una serie de disposiciones que enmarcan el tema general de la discapacidad los cuales se consideran amplios y adecuados, pero en la práctica presentan un problema ya que niegan las condiciones de equidad específicamente para la población que padece discapacidad cognitiva. De acuerdo con un documento enviado por el Centro de Rehabilitación MYA al presente estudio, en donde se cita un trabajo realizado por la Universidad Nacional, se menciona

que “la situación real para estas personas es desfavorable y la condición de marginalidad en los espacios culturales, educativos y laborales es evidente. Esto sin contar con la discriminación en los procesos políticos y sociales. Las razones para que esto suceda pueden deberse a que en la realidad pesa más la falta de conciencia y la carente voluntad política en un Estado que en complicidad con la escasez de recursos, la persistencia de creencias, actitudes y prácticas intolerantes negativas y excluyentes, nos alejan significativamente del precepto fundamental mediante el cual todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derecho”.⁴

3.1 Tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia

En el ámbito internacional, en especial desde los organismos del Sistema de las Naciones Unidas, se han promulgado diferentes textos como declaraciones, convenios, planes o recomendaciones, que contienen algunos planteamientos en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Allí se señalan deberes de los Estados y de la sociedad para con ellos y se trazan lineamientos de acción para prevenir la discapacidad, brindar la atención y generar condiciones de integración social y de superación de cualquier forma de discriminación. Es preciso mencionar que muy pocos de ellos hacen alusiones específicas a las personas con discapacidad cognitiva pues se refieren a la discapacidad como un todo, sin embargo, al no estar definidas pueden beneficiar a los diferentes tipos.

Entre los tratados o convenios que Colombia ha acogido y ratificado es importante mencionar:

- Convención Americana sobre Derechos Humanos. Ratificada mediante Ley 16 de 1972. Se habla sobre las medidas de protección al menor e igualdad ante la ley.
- Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. Ratificado mediante Ley 82 de 1988. La finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona discapacitada obtenga y conserve un empleo adecuado y que se promueva la integración de esta persona en la sociedad.
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador - Ratificado mediante Ley 319 de 1996. Los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales, medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos de este tipo sin discriminación alguna para las diferentes poblaciones propensas a algún tipo de vulneración.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Ratificada por Colombia mediante Ley 12 de 1991. Se establece que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad.
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Ratificada mediante Ley 762 de 2002. Su objetivo es la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad además de propiciar su plena integración en la sociedad.

Los organismos internacionales han realizado algunas recomendaciones generales entre las que se pueden resaltar:

- Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Sostiene que éste debe gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos. Toca temas tan importantes como la salud, el procedimiento de interdicción y la cercanía de la familia.

⁴ En, Aportes al diseño de una legislación para la discapacidad mental en Colombia, Presentado por el Centro de Rehabilitación MYA al honorable Congreso de la República, marzo de 2004. “Situación legal de la integración escolar de niños con discapacidad en Colombia. Liliána Marisol escobar y Luisa Fernanda Vargas. Terapeutas Físicas, Universidad Nacional de Colombia”.

- Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. Tiene como propósito promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social. El programa le da relevancia a la implementación de acciones tendientes a impedir la ocurrencia de la discapacidad y que permitan proteger la salud y el funcionamiento de las personas, reconociendo en ello la importancia de las medidas de intervención en salud de carácter poblacional en el ámbito de la prevención primaria.
- Declaración y Programa de Acción de Viena. Reafirma el compromiso de todos los Estados de cumplir sus obligaciones de promover el respeto universal, la observancia y protección sobre todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, otros instrumentos relativos a los derechos humanos y el derecho internacional.
- Situación de los discapacitados en el Continente Americano. Insta a los Estados miembros a cooperar en la adopción de medidas concretas para mejorar la salud, la integración, la prevención y el pleno ejercicio de los derechos y deberes de los discapacitados.
- Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el Continente Americano. La OEA manifiesta su compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Recalca la necesidad de mejorar los servicios que se le prestan a estos ciudadanos y se ofrezcan mayores oportunidades para ellos en el continente americano.
- Normas uniformes de la ONU sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Estas normas se elaboraron sobre la base de la experiencia adquirida durante el decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992), y su fundamento político y moral se encuentra en la Carta Internacional de Derechos Humanos, en otras convenciones relativas a los derechos de las poblaciones específicas y en el programa de acción mundial. Las normas plantean un conjunto de conceptos fundamentales de la política relativa a la discapacidad.
- Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad. Reconoce que cualquier violación del principio fundamental de igualdad y cualquier discriminación para con las personas con discapacidad que contravenga las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad vulnera los derechos humanos de esas personas. También invita a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a que reúnan información y datos pertinentes sobre las personas con discapacidad para ayudar en la formulación de políticas eficaces.

4. Jurisprudencia

La Corte Constitucional, a través de múltiples pronunciamientos jurisprudenciales, ha reafirmado la posición del papel esencial del Estado en la protección de los derechos a la vida y la salud. En efecto, sostiene la Corte, “la salud es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo”, de suerte que el Estado y la sociedad deben proteger un mínimo vital” (Sentencia T-209 del 13 de abril de 1999). En el ordenamiento jurídico colombiano existen normas de rango constitucional, de derecho internacional y leyes y reglamentos que le atribuyen al Estado la función especial de proteger los derechos de los individuos menos aventajados de la sociedad.

La Corte Constitucional, en la sentencia atrás mencionada, también expresó, “en el caso de quienes padecen trastorno mental, esta noción general de la salud implica, además de la prosecución de los aludidos objetivos generales de bienestar y estabilidad orgánica y funcional, la autodeterminación y la posibilidad de gozar de una existencia adecuada (...) que no les pueden ser negadas, y ellas son las que resulten más convenientes y ajustadas a su disminuida condición física y mental.” Debe recordarse entonces, que la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente a la integridad física sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona. Se trata sin duda, de una garantía que está enraizada en el fundamento mismo del Estado Social de Derecho y que se concreta de diversas formas en los casos de quienes padecen dolencias particularmente graves. Es claro que

el Estado tiene una obligación irrenunciable de favorecer especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, tal y como lo consagra el artículo 13 de la Constitución, y propender por su integración social, más aún cuando el reconocimiento de la dignidad humana se refuerza y se integra al garantizar las condiciones mínimas de subsistencia de las personas.

La Corte Constitucional también se ha expresado en torno al principio de corresponsabilidad, que vincula a los propios pacientes de una limitación (en la medida de sus capacidades), a sus familias y al Estado en los esfuerzos de atención y cuidado de los discapacitados físicos, sensoriales y mentales. En relación con lo anterior la Corte en Sentencia T-209 del 13 de abril de 1999 manifiesta que “cierto es que en principio, la atención y protección de los enfermos son responsabilidades que emanan del principio de autoconservación y se atribuyen en primer término al propio afectado. Si esto no acontece, se esperaría que por su naturaleza estos deberes surgieran de manera espontánea en el seno del núcleo familiar, respaldados siempre en los lazos de afecto que unen a sus miembros. Pero de no ser así, y con el propósito de guardar la integridad del ordenamiento jurídico y social, es posible recurrir al poder estatal. Pero, no puede pensarse que se procura establecer una obligación absoluta y desconsiderada.”

Sigue la Corte, “la asistencia que se predica de la familia respecto de sus miembros enfermos, debe ser establecida de cara a la naturaleza de la enfermedad que se enfrenta y teniendo en cuenta los recursos económicos y logísticos de que se disponga. De este modo, ya sea que se trate de un paciente hospitalizado o de alguien que puede permanecer en su hogar, han de buscarse los medios adecuados para que, junto con la terapia médica convencional, los familiares puedan contribuir al proceso de alivio. Será entonces necesaria la coordinación de esfuerzos para que los particulares cuenten con la asesoría e información necesarias que permitan contribuir eficazmente a la mejora o estabilidad del enfermo. La familia goza de ciertos derechos por los cuales también ha de velarse. Se trata aquí de una armonización de intereses.”

En síntesis es preciso mencionar que la gran mayoría de sentencias estudiadas deja entrever que para hacer efectivos los derechos de los discapacitados se recurre de manera ordinaria y no extraordinaria al ejercicio de la tutela. Es en el ejercicio de la acción de tutela en donde se ha encontrado la protección efectiva de los derechos de los discapacitados.⁵

5. Proyectos de ley sobre el tema

Para el presente estudio se han identificado los siguientes proyectos de ley que han surtido algún trámite en el Congreso de la República:

- Proyecto de ley No. 095 del 2002 Senado (archivado), cuyo autor fue el Honorable Senador Jairo Clopatofsky Ghisays, por medio de la cual se reforma el artículo 6 de la Ley 361 de 1997 con el fin de establecer el Consejo Nacional para la Discapacidad que actúe como instancia orientadora de la política y de seguimiento a la ejecución del Plan Nacional de Discapacidad.
- Proyecto de ley No. 096 del 2002 Senado (archivado), cuyo autor fue el Honorable Senador Jairo Clopatofsky Ghisays, por medio del cual se establece la estructura y organización de la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad. Este proyecto de ley buscaba crear, la *Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad*, dándole estructura y funciones específicas con el ánimo de identificar a las diversas federaciones para organizar la problemática de cada una de ellas y mirar sus necesidades y condiciones actuales.
- Proyecto de ley No. 173 del 2004 Senado, cuyo autor es el Honorable Senador Gustavo Enrique Sosa Pacheco, por medio de la cual se modifica el artículo 6 de la Ley 361 de 1997 y se expiden

⁵ Aportes al diseño de una legislación para la discapacidad mental en Colombia, Presentado por el Centro de Rehabilitación MYA al honorable Congreso de la República, marzo de 2004.

normas que garantizan el desarrollo de la política pública nacional en discapacidad en el territorio nacional.

- Proyecto de ley 240 del 2003 Cámara – 164 de 2004 Senado, cuyo autor es el Honorable Representante Ernesto Mesa Arango, por medio de la cual se modifica y adiciona la Ley 361 de 1997 y se crean los Centros de Enseñanza para Personas con Dificultades Cognitivas y Educativas. El proyecto pretende crear un modelo general de Educación Especial.

De esta forma podemos ver como se ha intentado, a través de diferentes proyectos de ley, modificar el artículo 6 de la ley 361 de 1997 relativo al Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación dada su poca funcionalidad.

6. Ejes Temáticos

Para el presente estudio resultó conveniente sondear entre diferentes asociaciones y fundaciones expertas sobre cuáles eran los principales temas que podrían ser tratados en un eventual proyecto de ley sobre discapacidad cognitiva. Por tal motivo, los ejes temáticos que configuran este capítulo fueron entre otros el resultado de dos mesas de trabajo que se realizaron en Bogotá y Cartagena.

- La primera mesa fue realizada en Bogotá el 15 de marzo de 2004, en el Salón Boyacá del Capitolio Nacional, asistieron 16 organizaciones representadas en sus directivos. (Ver Documento 85).
- La segunda mesa de trabajo se realizó en Cartagena, en el marco de un seminario sobre el tema convocado por la Fundación Fides y el Centro Aluna de esa ciudad, asistieron 6 instituciones con sus educadores especiales y terapeutas. (Ver documento 86).

Adicional a ello, a través de la Fundación Fides, se allegaron al presente estudio 25 cartas elaboradas principalmente por madres y padres de niños con discapacidad mental de la ciudad de Duitama – Boyacá. De esta forma el estudio presenta las opiniones de todos los sectores involucrados directa o indirectamente con el tema para así poder tener una visión general y no desconocer los diferentes niveles de la sociedad que tienen autoridad para hablar sobre el mismo (directivos de instituciones, educadores especiales, terapeutas y las propias familias de los discapacitados). También el estudio envió 39 invitaciones a instituciones expertas en el tema a nivel nacional y de ellas se obtuvieron 18 respuestas escritas.

De conformidad con lo anterior, los principales temas que deberían tenerse en cuenta en el momento de elaborar alguna iniciativa legislativa sobre el tema, son los que se relacionan a continuación. En cada tema se citan algunos elementos abordados en las discusiones de las mesas de trabajo realizadas y algunos puntos de vista textuales remitidos al estudio por las organizaciones expertas. Así mismo, se incluye legislación extranjera sobre cada tema como una forma de ayudar al análisis.

6.1. Salud

- “El Gobierno podría otorgar un seguro especial y exclusivo en salud y odontología de manera gratuita y de por vida para la población con discapacidad cognitiva que puede ser incluida en el POS. Las instituciones consultadas proponen que no se cobre el copago de urgencia ni de hospitalización.” (Documentos enviados al estudio por padres de familia de la ciudad de Duitama)
- “No existe la palabra “responsabilidad” hacia nuestra población con discapacidad cognoscitiva. Por más tutelas que se hayan interpuesto la atención que se le da no es la mejor. Mientras haya un negocio de por medio, según la Fundación Fides, y la responsabilidad recaiga sobre empresas privadas, no hay la mas mínima posibilidad de darles la atención y el medicamento adecuado.” (Fundación Fides, mesa de trabajo de Bogotá).
- “Los padres de familia manifiestan que algunas E.P.S. y medicinas prepagadas obstaculizan el servicio por considerar que las preexistencias son muy altas. En ocasiones no les realizan los exámenes y les cancelan los tratamientos o deciden no atenderlos. Se pide que el ingreso al

sistema de salud sea igual para las personas especiales que para las demás.” (Corporación Educativa para el Aprendizaje – CEPA -, Bogotá).

- “La atención en salud es muy baja, son pocos los discapacitados que están afiliados a algún régimen de salud. Se presentan dificultades de inscripción en el Sisben. En algunos casos las I.P.S. no cubren exámenes especializados.” (Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, Cartagena).

6.1.1. Prevención - Habilitación - Rehabilitación

- “En Colombia se adolece de programas de prevención y promoción. Si se va a legislar sobre este tipo de discapacidad habría que fortalecer éste punto.” (Centro Aluna, mesa de trabajo de Cartagena).
- “Desde el punto de vista del Cirec, un proyecto de ley debe incluir un componente preventivo de modo que la población en general pueda acceder a la información sobre los cuidados que una mujer embarazada debe tener para evitar o prevenir situaciones que puedan de una u otra manera ocasionar una discapacidad cognitiva en sus hijos.” (Cirec, Bogotá).
- “Debemos entonces hablar de la necesidad urgente de planes de prevención que tomen a cargo no solo la madre embarazada sino también el niño en gestación.” (Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE-, Bogotá).
- “Para garantizar el diagnóstico temprano y la atención oportuna se requiere la revisión del marco legal existente, crear mecanismos de comunicación e información ágiles y a la vez sencillos que puedan ayudar a empoderar la población con discapacidad y sus familias, y voluntad política para hacer visible la temática.” (Fundación del Niño Diferente, Bogotá).
- “En Colombia se presenta falta de atención a madres embarazadas (nivel postnatal). También faltan procesos de educación a la sociedad en general (prevención). Por ejemplo, para nadie es desconocido que la mala alimentación durante el periodo de gestación ocasiona problemas mentales en los recién nacidos.” (Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE, Mesa de trabajo Bogotá).
- “El Ministerio de Educación y el de la Protección Social desarrollan estrategias para la prestación de servicios integrales de habilitación y rehabilitación, respectivamente, dirigidos a minimizar el impacto de la condición de discapacidad en población de menores, o cuando es adquirida durante los períodos de desarrollo; en la identificación de formas de organización, procedimientos y metodologías eficaces para evitar la instauración de discapacidades que impidan su integración social y la ubicación en la vida productiva.” (Programa de discapacidad y Derechos Humanos, Vicepresidencia de la República de Colombia).

Legislación extranjera:

- En Uruguay, el Estado presta asistencia coordinada a los discapacitados que carezcan de alguno de los siguientes beneficios: atención médica, psicológica y social; rehabilitación integral o régimen especial en seguridad social (Ley 16.095 de 1989, art. 16).

6.2. Integración Laboral

Es posible que alguna institución capacite a las personas con discapacidad cognitiva en actividades laborales que ellos puedan desempeñar. La finalidad es que sean vinculados laboralmente bajo la guía de la mencionada institución para evitar que sean explotados. Las diversas organizaciones expertas en el tema al respecto manifiestan:

- “Como mecanismo de protección debe existir una ley para la integración laboral de las personas con discapacidad cognitiva, con la colaboración estrecha de las instituciones públicas y privadas que manejan el tema.” (Fundación Fides)
- “Cuando se logra ubicar laboralmente a una persona con discapacidad se tiene en cuenta el Código Laboral como si se tratara de una persona normal. No existen normativamente aspectos específicos a nivel de personas con limitaciones. No existe la integración laboral.” (Asociación

Centro de Educación Especial Rehabilitación y Capacitación Renacer, mesa de trabajo de Bogotá).

- “Es preciso revisar las funciones del SENA. Este instituto puede ayudar mucho a los discapacitados si piensa en hacer convenios con organizaciones para crear plazas de trabajo.” (Centro de Educación Especial CEER – Barranquilla, mesa de trabajo de Cartagena).
- “Existe la preocupación por el tiempo de cotización de discapacitados cognitivos al sistema pensional para la obtención de su jubilación.” (Talleres de Capacitación y Desarrollo Esperanza, Bogotá.)

Legislación extranjera:

- En Argentina, el Estado, sus organismos descentralizados, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal. (Ley 22.431 de 1981, art. 8).
- En Guatemala, se considera prioritaria la capacitación a las personas con discapacidad mayores de dieciocho años que, como consecuencia de su discapacidad, no hayan tenido acceso a la educación y carezcan de formación laboral. (Decreto 135 de 1996, art. 36).
- En México, a través de la Unidad competente en la materia, establecerá programas de promoción del empleo de los discapacitados creando al efecto una bolsa de trabajo, en la que se concentren listas de aspirantes con sus aptitudes y capacidades. (México, Ley del Estado de Coahuila de 1996, art. 38).
- En Uruguay, el Estado, los Gobiernos Departamentales, los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y las personas de derecho público no estatales, están obligados a ocupar personas impedidas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción mínima no inferior al cuatro por ciento de sus vacantes. (Ley 16.095 de 1989, art. 42).

6.2.1. Beneficios para empleadores que contraten personal discapacitado

Legislación extranjera:

- En Argentina, los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas tendrán derecho al cómputo de una deducción especial en el impuesto a las ganancias, equivalente al setenta por ciento (70%) de las retribuciones correspondientes al personal discapacitado en cada período fiscal. (Ley 22.431 de 1981, art. 23).
- En Perú, las entidades públicas o privadas, que empleen personas con discapacidad, obtendrán deducción de la renta bruta sobre las remuneraciones que se paguen a éstas personas, en un porcentaje adicional que será fijado por el Ministerio de Economía y Finanzas. (Ley 27.050 de 1998, art. 35).
- En República Dominicana, la política de integración socioeconómica de personas con discapacidad tendrá como finalidad primordial su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación a un sistema de empleos protegidos o reservados que asegure a las personas con discapacidad obtener empleo en el mercado de trabajo (Ley 42 de 2000, art 37).

6.3. Integración Educativa

La experiencia de la integración educativa en muchas ocasiones ha sido negativa. Es prioritario ampliar la cobertura y asignar más docentes especializados en este tipo de educación. Hace falta claridad sobre cuáles serían las entidades que deben garantizar el derecho de la educación de aquella población que no puede ser integrada a los procesos de educación formal que ofrecen las instituciones educativas. Las organizaciones consultadas sostienen:

- “¿Cómo se le puede pedir a un ser sin inteligencia, que se compare y compita intelectualmente con seres de sobra más inteligentes que ellos? ¿Cómo se puede poner a seres con deficiencia intelectual a compararse con individuos que tienen su abstracción normal? La integración académica es la mejor forma para desintegrar a una persona con discapacidad cognitiva. Cuando

se habla de integración, esta debe ser principalmente social: por medio del deporte, actividades lúdicas y arte; laboral y familiar. No académica.” (Fundación Fides).

- “La integración educativa es la inclusión de un niño con discapacidad a un espacio físico rodeado de niños normales que no han sido preparados para asumir la diferencia de su compañero y siempre lo observan con pesar, miedo o curiosidad.” (Fundación Feadín, Bogotá).
- “Que los discapacitados porten un carné que los identifique como tal para que no sean rechazados en las instituciones educativas del Estado.” (Funiescar).

Legislación extranjera:

- En Argentina, el Estado, a través de sus organismos dependientes presta a los discapacitados el servicio de escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común. (Ley 22.431 de 1981, art. 4).
- La educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente. El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación. (Argentina, Ley 24.901 de 1997, art. 22).
- En Bolivia, se promueve la integración de niños, niñas, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales en los diferentes niveles de educación formal, en igualdad de condiciones y oportunidades que los demás. (Decreto 24.807, art. 8).
- En España, las universidades reservarán un tres por ciento de las plazas disponibles para estudiantes que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%, así como para aquellos estudiantes con necesidades educativas especiales permanentes asociadas a las circunstancias personales de discapacidad que durante su escolarización anterior hayan precisado de recursos y apoyos para su plena normalización educativa. La minusvalía deberá estar acreditada por un órgano competente de la comunidad autónoma correspondiente. (Real Decreto 1742 de 2003, art.14, num. 2).
- En México, la educación especial tendrá como propósito favorecer la integración de menores con necesidades especiales a los planteles de educación regular. Así mismo, promoverá alternativas de educación especial para aquellos alumnos que no se logren integrar a las de carácter regular en las que se satisfagan las necesidades básicas de aprendizaje y la convivencia autónoma social y productiva. (México, Ley del Estado de Coahuila de 1996, art. 45).
- En Guatemala, la persona con discapacidad tiene derecho a la educación desde la estimulación temprana hasta la educación superior, siempre y cuando su limitación física o mental se lo permita. Esta disposición incluye tanto la educación pública como la privada. (Decreto 135 de 1996, art. 25).
- En República Dominicana, la política de integración educativa para las personas con discapacidad tiene como finalidad asegurar una formación orientada al desarrollo integral de la persona en la sociedad. Cuando las limitaciones de las personas con discapacidad sea de una severidad tal que imposibilite su incorporación a las escuelas comunes, el Estado creará los centros de educación especial para capacitación hasta el máximo nivel posible de los educandos. (Ley 42 de 2000, art. 42 y 43).
- En Uruguay, los discapacitados deberán integrarse con los no discapacitados en los cursos curriculares, desde la educación preescolar en adelante, siempre que esta integración les sea beneficiosa en todos los aspectos. Si fuera necesario se les brindará enseñanza especial complementaria en su establecimiento de enseñanza común, con los apoyos y complementos adecuados. En aquellos casos en que el tipo o grado de la discapacidad lo requiera, la enseñanza se impartirá en centros educativos especiales, por maestros especializados en la materia. Los programas se adaptarán a su situación particular. (Ley 16.095 de 1989, art. 34).

6.3.1. Adaptaciones curriculares

Legislación extranjera:

- En España, las adaptaciones curriculares significativas realizadas se recogerán en un documento individual en el que se incluirán los datos de identificación del alumno; las propuestas de adaptación, tanto las de acceso al currículo como las propiamente curriculares; las modalidades de apoyo; la colaboración con la familia; los criterios de promoción y los acuerdos tomados al realizar los oportunos seguimientos. (Orden de febrero de 1996).
- En Perú, los Centros Educativos Regulares y Centros Educativos Especiales contemplarán dentro de su proyecto curricular de centro, las necesarias adaptaciones curriculares que permitan dar una respuesta educativa pertinente a la diversidad de alumnos, incluyendo a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales. (Ley 27.050 de 1998, art. 22).

6.4. Protección patrimonial – interdicción

- “Uno de los grandes vacíos en la normatividad actual es que no existe una obligatoriedad de parte del Estado de cuidar el patrimonio de la población con discapacidad cognitiva. Hay que aprovechar el interés del legislativo para propender su protección. Se hace necesaria la protección patrimonial de la población con discapacidad y la agilización de procesos de interdicción para definir los derechos civiles de este colectivo.” (Fundación del Niño Diferente – Mesa de trabajo de Bogotá).

Legislación extranjera:

- En España, existe una legislación específica con el fin de favorecer la aportación a título gratuito de bienes y derechos al patrimonio de las personas con discapacidad y establecer mecanismos adecuados para garantizar la afección de tales bienes y derechos. (Ley 41 de 2003, art.1).
- El patrimonio protegido de las personas con discapacidad tendrá como beneficiario, exclusivamente, a la persona en cuyo interés se constituya, que será su titular. (España, Ley 41 de 2003, art.2).
- En Uruguay, podrá constituirse el bien de familia en favor de un hijo discapacitado por todo el tiempo que persista la discapacidad y siempre que no integre su patrimonio otro bien inmueble, el inmueble deberá ser la casa-habitación habitual del beneficiario. (Ley 16.095 de 1989 art.19).

6.5. Recreación, arte y deporte.

En general en las mesas de trabajo sobre el tema que el presente estudio realizó se hizo referencia a la posibilidad de pensar en que las personas con discapacidad puedan tener acceso preferencial y gratuito a los espectáculos, parques de recreación y sitios de interés. Las organizaciones mencionan:

- “Se indica que la Ley 181 de 1995 habla de abrir espacios en deporte y recreación para los discapacitados pero dicha norma no se cumple.” (Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, mesa de trabajo de Cartagena).
- “Se propone la concesión y seguimiento de ayudas y subvenciones en materia de deporte, así como el fomento de la creación de asociaciones deportivas y juveniles sobre la discapacidad.” (Centro de Rehabilitación MYA, Bogotá).

Legislación extranjera:

- En Perú, toda persona que disponga de la constancia de inscripción en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad tendrá derecho a un descuento de hasta 50 % sobre el valor de la entrada a los espectáculos culturales y deportivos organizados y/o auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura, el Instituto Nacional del Deporte y las Municipalidades. (Ley 27.050 de 1998, art. 30).

6.6. Apoyo a investigación científica y tecnológica.

- “Es preciso que exista una planeación del apoyo que diferentes entidades a nivel científico, tecnológico, profesional, social y económico ofrezcan desde su campo a los tratamientos sugeridos.” (Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE-, Bogotá).
- “Estímulos para la investigación en ciencia y tecnología para la población con discapacidad.” (Fundación del Niño Diferente, Bogotá)

6.7. Capacitación a profesores.

En las mesas de trabajo se habló sobre la falta de capacitación para los docentes que tratan personas con discapacidad mental. Al respecto la Unidad de Atención Integral de Soacha participante en la mesa de trabajo de Bogotá sostiene:

- Los maestros no conocen cómo manejar y apropiar los conceptos para enseñar a esta población. Es preciso adecuar un currículo específico.

6.8. Separación de las diferentes discapacidades.

- “Es preocupante no ver una claridad en cuanto a la importancia de incluir los diferentes niveles de discapacidad en la legislación vigente. Es bueno pensar específicamente en discapacidad cognitiva.” (Cedesnid, mesa de trabajo de Bogotá).
- “La posibilidad de generar iniciativas legislativas particulares para este grupo poblacional no brinda ninguna solución estructural frente a su problemática, y por el contrario, si segrega aún más a nuestra población colombiana. Nuestra Constitución Política es suficiente fundamento e instrumento legal para trabajar hacia la igualdad material de los colombianos, y particularmente de aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad o indefensión”. (Programa de Discapacidad y Derechos Humanos - Vicepresidencia de la República de Colombia).
- “La tarea que se emprende al tratar de legislar sobre discapacidad cognitiva está regida por un marco legal ya existente que apunta a manejar el tema de la discapacidad integralmente. Seguramente hay cosas específicas que cada discapacidad tiene y sobre eso hay que legislar.” (Club Ascopar, Bogotá).
- “La propuesta de una ley para la población con discapacidad mental es discriminatoria para con otras discapacidades que presentan necesidades similares. Se requiere un sistema coordinador que encause las acciones de diversos Ministerios para así garantizar que las condiciones de vida de la población con discapacidad y de sus familias mejoren con equidad.” (Fundación del Niño Diferente, Bogotá).
- “La realidad es que en Colombia hay muchas leyes y decretos que protegen a los ciudadanos con discapacidad sensorial y física, pero hay poca legislación que cuide a los discapacitados cognitivos. Los primeros disfrutan de su inteligencia completa, los segundos carecen de la misma.” (Fundación Fides)

Legislación extranjera:

- En general en los países consultados por el estudio tienen normatividad en donde se incluyen todas las discapacidades. España es el único país que posee normatividad específica para personas que tienen discapacidad cognitiva en cuanto a necesidades educativas especiales, régimen jurídico básico de atención social, rehabilitación y protección patrimonial.

6.9. Madres cabeza de familia.

- “Se podría pensar que las madres cabeza de familia con hijos discapacitados deben tener seguro de trabajo y acceso preferencial a programas de vivienda y salud.” (Documentos enviados al estudio por Padres de Familia de Duitama).
- “Elaborar “módulos de capacitación”, para las madres comunitarias sobre la atención básica del niño con discapacidad.” (Centro Aluna, Cartagena).

6.10. Transporte.

- “Para que un niño pueda recibir tratamiento es enviado por toda la ciudad desconociendo lo complicado del transporte y las distancias que tiene que recorrer. Esta es una necesidad apremiante.” (ACPHES, mesa de trabajo de Bogotá).

Legislación extranjera:

- En Argentina, las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al control de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional y/o de rehabilitación a los que deban concurrir. (Ley 22.431 de 1981, art. 20).
- En Bolivia, se busca promover que las empresas terrestres, aéreas, lacustres y fluviales, sean públicas, privadas o mixtas, concedan descuentos del 50% en los pasajes a personas con discapacidad severa (tetraplégicos, sordociegos y otros), que requieran de acompañante cuando los viajes sean interdepartamentales o interprovinciales. (Ley 24.807 de 1997, art. 20).
- En Uruguay, todas las empresas de transporte colectivo nacional terrestre de pasajeros están obligadas a transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en las condiciones que regulará la reglamentación. (Ley 16.095 de 1989 art. 56).

6.11. Normatividad existente en Colombia.

La Resolución 2565 de octubre 24 de 2003 expedida por el Ministerio de Educación, por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales, establece en su artículo tercero que “los niños y jóvenes que por su condición de discapacidad no puedan ser integrados a la educación formal, serán atendidos en instituciones oficiales o privadas, que desarrollen programas que respondan a sus necesidades. Esto se realizará mediante convenio, o a través de otras alternativas de educación que se acuerden con el Ministerio de Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o los gobiernos locales”. En la práctica, aunque esta orientación constituye un avance en relación con lo que se establecía antes sobre el particular es necesaria mayor claridad al respecto.

Las organizaciones consultadas mencionan:

- “La misma resolución exige que las personas objeto de ella estén escolarizadas. Sin embargo, cuando los niños se convierten en adultos – niños especiales no pueden estar escolarizados por su edad.” (Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, mesa de trabajo de Cartagena).
- “También, la norma en mención establece que en una institución donde se tengan 10 estudiantes con discapacidad se debe tener un maestro de apoyo. Se debe exigir que se reglamenten estas disposiciones.” (Unidad de Atención Integral de Soacha – Fundación Fe, Esperanza y Vida, mesa de trabajo de Bogotá)
- “El Código del Menor, al considerar una irregularidad el problema de la discapacidad, le dio la responsabilidad a Bienestar Familiar para su manejo. Por ello, es importante estudiar las reformas a la ley 361 y toda su reglamentación. También es importante pensar en protección integral para desarrollar especificidad en ciclos de vida como competencias de protección a personas mayores de 18 años.” (ICBF, Mesa de Trabajo de Bogotá).

OBSERVACIONES GENERALES

A continuación se relacionan algunas observaciones y conceptos técnicos, las cuales se transcriben textualmente las cuales fueron obtenidas de los conceptos técnicos enviados al estudio y de las mesas de trabajo realizadas.

- “Se propone desarrollar un nuevo concepto de “discapacidad” pues ya no es una problemática personal sino social. Se debe propender porque estas personas permanezcan en su entorno, con sus familias, su sitio de vivienda, su escuela, su vida cotidiana y el sitio de trabajo en su vida adulta. Esto redundaría en su beneficio porque la inclusión social lleva consigo tejidos sociales de

apoyo y relaciones intersectoriales dentro de una perspectiva sostenible”. (Fundación Fe, Mesa de trabajo de Bogotá).

- “Es muy importante decidir cuándo una persona con discapacidad cognitiva es mayor de edad, cuándo debe tener una protección legal especial, hasta cuándo pueden llegar sus decisiones, hasta qué punto pueden llegar sus derechos y deberes como ciudadano. Un colombiano de 18 años tiene que tener cédula, lo cual le da el derecho a cumplir con sus obligaciones como ciudadano mayor de edad: ¿debe ir al ejército? ¿Puede y debe cumplir con el servicio social obligatorio? ¿Debe ir al frente de batalla? ¿Puede tener licencia de conducción? ¿Puede votar? ¿Puede interferir en los destinos de su país? ¿Puede vender o comprar bienes raíces? ¿Puede vender el único patrimonio que le han dejado sus padres al morir? Hay muchas inquietudes que una persona con discapacidad cognitiva debe cumplir y es obligación de los legisladores ayudar a despejarlas, con el objeto de hacer una sociedad más justa y humana.” (Fundación Fides)
- “No se puede aceptar que a mayor discapacidad se es menor ciudadano. La legislación no puede desconocer al adulto mayor. Finalmente se observa que el gran peso de este problema está siendo asumido por las entidades privadas y se propone que el Estado asuma este problema con mayor seriedad.” (Fundación Fe, Mesa de trabajo de Bogotá).
- “Para proteger los derechos de las personas con discapacidad hay que empezar por el reconocimiento de la diferencia. Partiendo de este punto se empieza a tratar con igualdad. Las personas son iguales cuando son atendidas por el Estado sin importar su condición. Como en la realidad esto no ocurre, es necesario pensar en alternativas como la expedición de una cédula de ciudadanía especial por una sola vez y no a los 18 años, que se diferenciaría de las otras permitiendo a las autoridades velar por la defensa de sus derechos ante cualquier tipo de vulneración. Se trataría de implantar una identificación sencilla y eficaz de la persona con discapacidad con miras a proteger sus derechos fundamentales. Una cédula diferente no significa algo discriminatorio, implica que se está frente a una persona que debe protegerse por encima de las demás.” (Cedesnid, mesa de trabajo Bogotá).
- “La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional”. (Estudio Nacional de Necesidades, Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación, Fundación Saldarriaga Concha).
- “Es pobre la legislación en la creación de beneficios tributarios a favor de las instituciones sin ánimo de lucro dedicados a la atención de niños y/o personas con discapacidad.” (Centro de Rehabilitación MYA, Bogotá).
- En Perú el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas apoyan el otorgamiento de créditos preferenciales o financiamiento a las micro y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, buscando líneas especiales para este fin, procedentes de organismos financieros internacionales o nacionales.
- En Uruguay la protección del discapacitado de cualquier edad se cumple mediante acciones y medidas en orden a su salud, educación, seguridad social y trabajo. (Ley 16.095 de 1989, art 15).

De acuerdo al análisis realizado por el presente estudio, éste puede hacer las siguientes observaciones:

- Actualmente en nuestro país no hay datos sobre la población discapacitada que permitan medir sus condiciones de vida reales. La información disponible sobre discapacidad es muy reducida, poco confiable y en algunos casos los datos no corresponden con la realidad o están desactualizados. Estos indicadores son necesarios para diseñar las acciones tendientes a

proteger y promocionar los derechos de los discapacitados cognitivos. En muchas ocasiones las entidades recurren frecuentemente a estudios o proyecciones internacionales para tratar de cuantificar el número de personas con discapacidad.

- Es necesario que los poderes públicos adopten las medidas de acción positiva suplementarias para aquellas personas con discapacidad que objetivamente sufren un mayor grado de discriminación o presentan menor igualdad de oportunidades como son las personas con discapacidad severamente afectadas, las personas con discapacidad que no pueden representarse a sí mismas o las que padecen una más acusada exclusión social por razón de su discapacidad.
- Existe un estrecho vínculo entre discapacidad y pobreza. En relación con otros estratos socioeconómicos, muchas familias de escasos recursos poseen miembros con discapacidad cognitiva, todo ello debido a la creciente situación de marginación y exclusión en que se encuentran las personas con discapacidad y que se refleja en la falta de acceso a los procesos de salud, educación, trabajo y organización.
- Como quedó demostrado, se hace prioritario incrementar el acceso y la cobertura a los servicios integrales de salud y rehabilitación.
- Aunque existe un marco normativo para los discapacitados en general, y este incluye a los cognitivos, es necesario ajustarla dadas las diferencias en el tratamiento y las características propias de las personas con discapacidad cognitiva. Existen numerosos derechos reconocidos formalmente por la Constitución Política, pero cuya aplicación no es efectiva realmente. Se requieren más acciones puntuales del Gobierno que normas del legislador.
- En el caso de la discapacidad cognitiva deben considerarse los efectos inconvenientes que se producen por la llegada de las personas a su mayoría de edad cronológica. Convendría estudiar la conveniencia de evitar los efectos indeseables de la mayoría automática de edad, para la protección de los derechos de los discapacitados cognitivos.
- El sector de la educación se ha ocupado primordialmente de la educación formal dejando de lado su compromiso con otras alternativas de educación. La formación de aquellas personas con discapacidad cognitiva que no se pueden integrar a la educación formal no debería corresponder a salud o protección social. Actualmente sucede que los discapacitados cognitivos que se quieren integrar lo pueden hacer casi exclusivamente durante la primaria, quedando sin ninguna alternativa de continuidad luego de ese periodo.
- En términos generales puede decirse que los servicios diseñados para la atención a personas con discapacidad cognitiva deben centrarse en el desarrollo de sus habilidades potenciales y la provisión de los apoyos necesarios para lograr su mayor autonomía posible. Ello también supone asumir respeto al derecho a la diferencia y la responsabilidad de participar en un entorno que proporcione las oportunidades para ello.
- La integración de las personas con discapacidad en el entorno social supone no sólo la aplicación de técnicas y medidas compensatorias, sino también la adaptación del entorno a sus necesidades. Por tanto, hacer esto posible es una tarea que incumbe a toda la sociedad en la que las organizaciones al servicio de estas personas tendrán una importante relevancia, así como la colaboración de las organizaciones ciudadanas sensibilizadas con la presente problemática.

FUENTES INSTITUCIONALES CONSULTADAS

Para la elaboración del presente estudio fueron consultados el archivo del Congreso de la República y la relatoría de la Corte Constitucional. De igual forma se visitaron diversas instituciones que manejan el tema como el Programa Discapacidad y Derechos Humanos de la Vicepresidencia de la República, la Dirección de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social, la Subdirección de Poblaciones del Ministerio de Educación, la Subdirección de Intervenciones Directas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y la Secretaría General de la Defensoría del Pueblo.

Nota:

Los documentos anexos a este estudio reposan en la Oficina de Asistencia Técnica Legislativa – OATL- y están disponibles para que las personas interesadas puedan consultarlos.

INDICE

| | Pág. |
|--|------|
| I. Normatividad | |
| A. Constitución Política de la República de Colombia | |
| Constitución de la República de Colombia de 1991..... | 21 |
| B. Tratados y Convenios Internacionales | |
| 1. Ratificados por Colombia | |
| Convención Americana sobre Derechos Humanos..... | 24 |
| Convenio 159 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas..... | 24 |
| Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador..... | 25 |
| Convención sobre los Derechos del Niño..... | 27 |
| Convención Interamericana para la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad..... | 29 |
| C. Leyes | |
| Ley 57 de mayo 26 de 1887..... | 31 |
| Ley 82 de diciembre 23 de 1988..... | 31 |
| Ley 12 de enero 22 de 1991..... | 31 |
| Ley 60 de agosto 12 de 1993..... | 32 |
| Ley 100 de diciembre 23 de 1993..... | 37 |
| Ley 115 de febrero 8 de 1994..... | 42 |
| Ley 181 de enero 18 de 1995..... | 44 |
| Ley 319 de setiembre 20 de 1996..... | 44 |
| Ley 361 de febrero 7 de 1997..... | 45 |
| Ley 582 de junio 8 de 2000..... | 47 |
| Ley 599 de julio 24 de 2000..... | 48 |
| Ley 643 de enero 16 de 2001..... | 48 |
| Ley 715 de diciembre 21 de 2001..... | 49 |
| Ley 762 de julio 31 de 2002..... | 50 |
| Ley 789 de diciembre 27 de 2002..... | 50 |
| Ley 812 de junio 26 de 2003..... | 50 |
| D. Decretos | |
| 1. Vigentes | |
| Decreto 1400 y 2019 de agosto 6 y octubre 26 de 1970..... | 51 |
| Decreto 2358 de agosto 23 de 1981. | 52 |
| Decreto 624 de marzo 30 de 1989..... | 53 |
| Decreto 2177 de septiembre 21 de 1989. | 53 |
| Decreto 2737 de noviembre 27 de 1989..... | 54 |
| Decreto 2381 de noviembre 30 de 1992..... | 55 |
| Decreto 1938 de Agosto 5 de 1994..... | 55 |
| Decreto 730 de mayo 3 1995..... | 57 |
| Decreto 2082 de noviembre 18 de 1996..... | 58 |
| Decreto 276 de febrero 22 de 2000..... | 60 |

| | |
|---|-----|
| Decreto 641 de abril 16 de 2001..... | 62 |
| Decreto 3093 de octubre 30 de 2003..... | 63 |
| 2. No vigentes | |
| Decreto 1068 de abril 10 de 1997..... | 63 |
| E. Resoluciones | |
| Resolución 5261 de agosto 5 de 1994..... | 64 |
| Resolución 2565 de octubre 24 de 2003..... | 65 |
| II. Instrumentos Internacionales | |
| Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Resolución 2856 de 1971. ONU..... | 67 |
| Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Resolución 37/52 de 1982. ONU..... | 67 |
| Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993. | 73 |
| Situación de los Discapacitados en el Continente Americano. Resolución 1296 de 1995. OEA..... | 74 |
| Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano. Resolución de Junio 5 de 1996. OEA..... | 74 |
| Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. Resolución 2000/51, Comisión de Derechos Humanos. 2000. ONU | 74 |
| Normas Uniformes de la ONU sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad..... | 75 |
| III. Documentos Técnicos | |
| Documento CONPES 2761. Política de Prevención y Atención a la Discapacidad 1995 -1998..... | 76 |
| Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999 - 2002 Colombia - Presidencia de la República de Colombia..... | 78 |
| Proyecto Diseño y Validación del Sistema Nacional de Estadística sobre la Discapacidad, -DANE, 2002..... | 81 |
| Bases para la Formulación de una Política Pública en Discapacidad 2003 – 2006, Presidencia de la República de Colombia..... | 85 |
| Estudio Nacional de Necesidades, Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación. Fundación Saldarriaga Concha..... | 94 |
| IV. Jurisprudencia | |
| Sentencia T-396 del 22 de agosto de 1996..... | 102 |
| Sentencia T-644 del 25 de noviembre de 1996..... | 104 |
| Sentencia T-209 del 13 de abril de 1999..... | 105 |
| Sentencia T-364 del 20 de mayo de 1999..... | 113 |
| Sentencia T-513 del 16 de julio de 1999..... | 114 |
| Sentencia T-620 del 23 de agosto de 1999..... | 116 |
| Sentencia T-398 del 6 de abril de 2000..... | 122 |
| Sentencia T-1390 del 12 de octubre de 2000..... | 126 |
| V. Proyectos de Ley | |
| A. En curso | |
| Proyecto de Ley No. 240 de 2003 Cámara – 164 de 2004 Senado..... | 129 |
| Proyecto de Ley No. 173 de 2004 Senado..... | 130 |

| | |
|---|-----|
| B. Archivos | |
| Proyecto de Ley 249 de 1993 Cámara..... | 138 |
| Proyecto de Ley No. 95 de 2002 Senado..... | 139 |
| Proyecto de Ley No. 96 de 2002 Senado..... | 140 |
| VI. Legislación Extranjera | |
| A. Constituciones | |
| Constitución de la Nación Argentina..... | 142 |
| Constitución Española..... | 142 |
| Constitución de los Estados Unidos Mexicanos..... | 142 |
| Constitución del Perú..... | 143 |
| B. Legislación Ordinaria | |
| Argentina, Ley No. 22.431, marzo 16 de 1981. | 143 |
| Argentina. Ley 24.901 de noviembre 5 de 1997. | 145 |
| Bolivia. Decreto Supremo No. 24.807 de agosto 4 de 1997..... | 146 |
| España. Orden de Febrero 14 de 1996. | 148 |
| España. Decreto 122 de octubre 2 de 1997..... | 149 |
| España. Orden de septiembre 17 de 1998, de la Consejería de Sanidad y Política Social..... | 150 |
| España. Ley 41 de noviembre 18 de 2003..... | 151 |
| España. Ley de diciembre 2 de 2003..... | 152 |
| España. Real Decreto 1742 de diciembre 19 de 2003..... | 153 |
| Guatemala. Decreto No. 135 de noviembre 28 de 1996..... | 154 |
| México. Ley del Estado de Coahuila, diciembre 31 de 1996..... | 155 |
| Perú. Ley No. 27.050, diciembre 31 de 1998..... | 157 |
| República Dominicana. Ley 42 de junio 30 de 2000..... | 159 |
| Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo, diciembre 16 de 1992... | 160 |
| Uruguay. Ley No. 16.095, octubre 4 de 1989..... | 161 |
| C. Planes de Atención a la Población con Discapacidad | |
| España. II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003 - 2007... | 163 |
| Perú. Plan de Igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad 2003 - 2007..... | 167 |
| VII. Participación Ciudadana y de Organizaciones Sociales | |
| A. Mesas de Trabajo | |
| Duitama Boyacá, marzo 13 de 2004..... | 172 |
| Salón Boyacá del Capitolio Nacional, Bogotá, marzo 15 de 2004..... | 172 |
| Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA, Cartagena de Indias, marzo 19 y 20 de 2004..... | 181 |
| B. Instituciones Privadas | |
| Asociación Colombiana para el Desarrollo de Personas con Discapacidades - Club Ascopar,-Bogotá..... | 182 |
| ACJ-YMCA, Puerto Boyacá..... | 183 |
| Cedesnid, Bogotá..... | 183 |
| Centro de Habilitación y Capacitación Aluna, Cartagena de Indias..... | 188 |
| Centro Integral de Rehabilitación de Colombia – CIREC-, Bogotá..... | 189 |
| Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE-, Bogotá..... | 189 |
| Centro de Rehabilitación MYA, Bogotá..... | 190 |

| | |
|--|-----|
| Corporación Educativa para el Aprendizaje – CEPA -, Bogotá..... | 191 |
| Fundación del Niño Diferente, Bogotá..... | 192 |
| Fundación Escuela Precoz, Bucaramanga..... | 192 |
| Fundación Feadin, Bogotá..... | 193 |
| Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, Cartagena..... | 193 |
| Fundación Integrar, Medellín..... | 194 |
| Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Educación Especial – FIDES..... | 194 |
| Funiescar..... | 196 |
| Talleres de Capacitación y Desarrollo Esperanza, Bogotá..... | 197 |
| | |
| C. Instituciones Públicas | |
| Vicepresidencia de la República. Programa de Discapacidad y Derechos Humanos..... | 198 |
| | |
| VIII. Artículos de Periódicos y Revistas | |
| | |
| A. Periódicos | |
| El Tiempo, octubre 10 de 2003. “En pro de una Política Nacional de Discapacidad”..... | 199 |
| El Tiempo, abril 12 de 2004. Editorial. “Cambio de Verdugo”..... | 200 |
| | |
| B. Revistas | |
| Educación Especial. Grupo Colombo – Suizo de Pedagogía Especial Año 10, No. 19, “El Lenguaje puede vulnerar la dignidad de las personas”..... | 201 |
| Diálogos. Año 1, Número 8. Publicación Mensual del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar. Los Niños en Situación de Discapacidad marcan la Diferencia. “Yo no podía dejar morir las neuronas que tenía mi hijo”..... | 202 |
| | |
| IX. Doctrina | |
| Las Personas con Discapacidad en la Educación Superior, Una propuesta para la Diversidad e Igualdad. Ayudas Técnicas Dirigidas a Estudiantes Universitarios con Discapacidad. 2002..... | 203 |
| | |
| X. Sitios Web visitados | |

CONTENIDO

I. Normatividad

A. Constitución Política de la República de Colombia

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|------------------|---|
| Julio 7 de 1991. | <p>Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.</p> <p>Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.</p> <p>Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.</p> <p>Artículo 5. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.</p> <p>Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.</p> <p>Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.</p> <p>El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.</p> <p>El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.</p> <p>Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.</p> <p>Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y</p> |

nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Artículo 45. El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.

Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

Artículo 54. Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

Artículo 67. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia,

a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.

La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente.

Artículo 68. Los particulares podrán fundar establecimientos educativos. La ley establecerá las condiciones para su creación y gestión.

La comunidad educativa participará en la dirección de las instituciones de educación.

La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La Ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente.

Los padres de familia tendrán derecho de escoger el tipo de educación para sus hijos menores. En los establecimientos del Estado ninguna persona podrá ser obligada a recibir educación religiosa.

Las integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.

La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

Artículo 86. Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.

Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su

| | |
|--|--|
| | <p>actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.</p> <p>Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación. (Documento 1)</p> |
|--|--|

B. Tratados y Convenios Internacionales

1. Ratificados por Colombia

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|---|
| <p>San José de Costa Rica, Costa Rica, noviembre 22 de 1969. Conferencia Especializada Inter-americana sobre Derechos Humanos.</p> | <p>Convención Americana sobre Derechos Humanos. Ratificado mediante Ley 16 de 1972.</p> <p>Artículo 11. Protección de la honra y de la dignidad. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. 2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación. 3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.</p> <p>Artículo 19. Derechos del Niño. Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.</p> <p>Artículo 24. Igualdad ante la ley. Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley.</p> <p>Artículo 26. Desarrollo progresivo. Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. (Documento 2)</p> |
| <p>Ginebra, Suiza, junio 22 de 1983. Adoptado por la Conferencia General de la</p> | <p>Convenio 159 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. Ratificado mediante Ley 82 de 1988.</p> <p>Artículo 1. 1. A los efectos del presente Convenio, se entiende por "persona inválida" toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Organización Internacional del Trabajo en su 69a. reunión.</p> | <p>progresar en el mismo queden substancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida.</p> <p>2. A los efectos del presente Convenio, todo Miembro deberá considerar que la finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona inválida obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que se promueva así la integración o la reintegración de esta persona en la sociedad.</p> <p>Artículo 2. De conformidad con las condiciones, prácticas y posibilidades nacionales, todo Miembro formulará, aplicará y revisará periódicamente la política nacional sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.</p> <p>Artículo 3. Dicha política estará destinada a asegurar que existan medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las categorías de personas inválidas y a promover oportunidades de empleo para las personas inválidas en el mercado regular del empleo.</p> <p>Artículo 7. Las autoridades competentes deberán adoptar medidas para proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación, empleo y otros afines, a fin de que las personas inválidas puedan lograr y conservar un empleo y progresar en el mismo; siempre que sea posible y adecuado, se utilizarán los servicios existentes para los trabajadores en general, con las adaptaciones necesarias. (Documento 3)</p> |
| <p>San Salvador, El Salvador, noviembre 17 de 1988.</p> | <p>Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador - Ratificado mediante Ley 319 de 1996. Declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-251 del 28 de mayo de 1997, Magistrado Ponente, Dr. Alejandro Martínez Caballero.</p> <p>Artículo 1. Obligación de adoptar medidas. Los Estados Partes en el presente Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se comprometen a adoptar las medidas necesarias, tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, especialmente económica y técnica, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo.</p> <p>Artículo 2. Obligación de adoptar disposiciones de derecho interno. Si el ejercicio de los derechos establecidos en el presente Protocolo no estuviera ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de este Protocolo las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos.</p> <p>Artículo 6. Derecho al trabajo. 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, el cual incluye la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa a través del desempeño de una actividad lícita libremente escogida o aceptada. 2. Los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas que garanticen plena efectividad al derecho al trabajo, en especial las referidas al logro del pleno</p> |

empleo, a la orientación vocacional y al desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesional, particularmente aquellos destinados a los minusválidos

Artículo 7. Condiciones justas, equitativas y satisfactorias de trabajo. Los Estados Partes en el presente Protocolo reconocen que el derecho al trabajo al que se refiere el artículo anterior, supone que toda persona goce del mismo en condiciones justas, equitativas y satisfactorias, para lo cual dichos Estados garantizarán en sus legislaciones nacionales, de manera particular:

- a) Una remuneración que asegure como mínimo a todos los trabajadores, condiciones de subsistencia digna y decorosa para ellos y sus familias y un salario equitativo e igual por trabajo igual, sin ninguna distinción;
- b) El derecho de todo trabajador a seguir su vocación y a dedicarse a la actividad que mejor responda a sus expectativas y a cambiar de empleo, de acuerdo con la reglamentación nacional respectiva;
- c) El derecho del trabajador a la promoción o ascenso dentro de su trabajo, para lo cual se tendrán en cuenta sus calificaciones, competencia, probidad y tiempo de servicio;
- d) La estabilidad de los trabajadores en sus empleos, de acuerdo con las características de las industrias y profesiones y con las causas de justa separación.

Artículo 9. Derecho a la seguridad social

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa

Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Artículo 13. Derecho a la educación.

1. Toda persona tiene derecho a la educación
2. Los Estados Partes en el presente Protocolo convienen que la educación deberá orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad y deberá fortalecer el respeto por los derechos humanos, el pluralismo ideológico, las libertades fundamentales, la justicia y la paz.
3. Los Estados Partes en el presente Protocolo reconocen que, con objeto de lograr el pleno ejercicio del derecho a la educación:
 - a) La enseñanza primaria debe ser obligatoria y asequible a todos gratuitamente;
 - b) La enseñanza secundaria en sus diferentes formas, incluso la enseñanza secundaria técnica y profesional, debe ser generalizada y hacerse accesible a todos, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
 - c) La enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados, y en particular, por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
 - d) Se deberá fomentar o intensificar, en la medida de lo posible, la educación básica para aquellas personas que no hayan recibido o terminado el ciclo completo de instrucción primaria;
 - e) Se deberán establecer programas de enseñanza diferenciada para los minusválidos a fin de proporcionar una especial instrucción y formación a personas con impedimentos físicos o deficiencias mentales.

| | |
|--|---|
| | <p>Artículo 14. Derecho a los beneficios de la cultura.</p> <p>1. Los Estados Partes en el presente Protocolo reconocen el derecho de toda persona a:</p> <p>a) Participar en la vida cultural y artística de la comunidad;</p> <p>2. Entre las medidas que los Estados Partes en el presente Protocolo deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, figurarán las necesarias para la conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia, la cultura y el arte.</p> <p>Artículo 16. Derecho de la niñez. Todo niño sea cual fuere su filiación tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. Todo niño tiene el derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres, salvo circunstancias excepcionales, reconocidas judicialmente, el niño de corta edad no debe ser separado de su madre. Todo niño tiene derecho a la educación gratuita y obligatoria, al menos en su fase elemental, y a continuar su formación en niveles más elevados del sistema educativo.</p> <p>Artículo 17. Protección de los ancianos. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:</p> <p>a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;</p> <p>b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;</p> <p>c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.</p> <p><i>(Documento 4)</i></p> |
| <p>Resolución 44/25 de 1989. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Anexo 44 GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49</p> | <p>Convención sobre los Derechos del Niño. Ratificado por Colombia mediante Ley 12 de 1991.</p> <p>Artículo 3.</p> <p>2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.</p> <p>Artículo 4. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.</p> <p>Artículo 23.</p> <p>1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.</p> |

2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Artículo 25. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

Artículo 28.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

- a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
- c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;

| | |
|---|--|
| | <p>Artículo 29. 1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a: a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades; (Documento 5)</p> |
| <p>Ciudad de Guatemala, Guatemala, junio 7 de 1999.</p> | <p>Convención Interamericana para la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Ratificado mediante Ley 762 de 2002. Declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-401 del 20 de mayo de 2003, Magistrado Ponente Dr. Álvaro Tafur Galvis.</p> <p>Artículo 1. Para los efectos de la presente Convención, se entiende por: 1. Discapacidad. El término "discapacidad" significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. 2. Discriminación contra las personas con discapacidad. a) El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales; b) No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.</p> <p>Artículo 2. Los objetivos de la presente Convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.</p> <p>Artículo 3. Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados Parte se comprometen a: 1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa: a) Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración; b) Medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad;</p> |

- c) Medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad, y
- d) Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

Artículo 5.

1. Los Estados Parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación- de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención.

2. Los Estados Parte crearán canales de comunicación eficaces que permitan difundir entre las organizaciones públicas y privadas que trabajan con las personas con discapacidad los avances normativos y Jurídicos que se logren para la eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad.

Artículo 6.

1. Para dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la presente Convención se establecerá un Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, integrado por un representante designado por cada Estado Parte.

2. El Comité celebrará su primera reunión dentro de los 90 días siguientes al depósito del décimo primer instrumento de ratificación. Esta reunión será convocada por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos y la misma se celebrará en su sede, a menos que un Estado parte ofrezca la sede.

3. Los Estados Parte se comprometen en la primera reunión a presentar un informe al Secretario General de la Organización para que lo transmita al Comité para ser analizado y estudiado. En lo sucesivo, los informes se presentarán cada cuatro años.

4. Los informes preparados en virtud del párrafo anterior deberán incluir las medidas que los Estados miembros hayan adoptado en la aplicación de esta Convención y cualquier progreso que hayan realizado los Estados parte en la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Los informes también contendrán cualquier circunstancia o dificultad que afecte el grado de cumplimiento derivado de la presente Convención.

5. El Comité será el foro para examinar el progreso registrado en la aplicación de la Convención e intercambiar experiencias entre los Estados parte. Los informes que elabore el Comité recogerán el debate e incluirán información sobre las medidas que los Estados parte hayan adoptado en aplicación de esta Convención, los progresos que hayan realizado en la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, las circunstancias o dificultades que hayan tenido con la implementación de la Convención, así como las conclusiones, observaciones y sugerencias generales del Comité para el cumplimiento progresivo de la misma.

(Documento 6)

D. Leyes

1. Vigentes

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|---------------------------------|---|
| Ley 57 de mayo 26 de 1887. | <p>Código Civil.</p> <p>Artículo 34. Palabras relacionadas con la edad. Llámese infante o niño, todo el que no ha cumplido siete años; impúber, el varón que no ha cumplido catorce años y la mujer que no ha cumplido doce; adulto, el que ha dejado de ser impúber; mayor de edad, o simplemente mayor, el que ha cumplido 18 años, y menor de edad, o simplemente menor, el que no ha llegado a cumplirlos.</p> <p>Las expresiones mayor de edad o mayor, empleadas en las leyes comprenden a los menores que han obtenido habilitación de edad, en todas las cosas y casos en que las leyes no hayan exceptuado expresamente a estos.</p> <p>Artículo 432. Personas sujetas a curaduría. Están sujetos a curaduría general los menores adultos que no han obtenido habilitación de edad; los que por prodigalidad o demencia han sido puestos en entredicho de administrar sus bienes, y los que no pueden darse a entender.</p> <p>Artículo 1503. Presunción de capacidad. Toda persona es legalmente capaz, excepto aquéllas que la ley declara incapaces.</p> <p>Artículo 1504. Incapacidad absoluta y relativa. Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y sordomudos, que no pueden darse a entender. Sus actos no producen ni aún obligaciones naturales, y no admiten caución (...)</p> <p>Inciso 3. Modificado por el artículo 60 del Decreto Ley 2820 de 1974. Son también incapaces los menores adultos que no han obtenido habilitación de edad y los disipadores que se hallen bajo interdicción. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes. Además de estas incapacidades hay otras particulares que consisten en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos. (Documento 7)</p> |
| Ley 82 de diciembre 23 de 1988. | <p>Por medio de la cual se aprueba el “Convenio 159 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas”, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su 69a. reunión, Ginebra, 1983.</p> <p><i>Ver Documento 3.</i> (Documento 8)</p> |
| Ley 12 de enero 22 de 1991. | <p>Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos Del Niño”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989”.</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p><i>Ver Documento 5. (Documento 9)</i></p> |
| <p>Ley 60 de agosto 12 de 1993.</p> | <p>Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Artículo 2. Competencias de los municipios. Corresponde a los Municipios, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas municipales competentes, en su carácter de entidades ejecutoras principales de las acciones en materia social, dirigir, prestar o participar en la prestación de los servicios directamente, conforme a la ley, a las normas técnicas de carácter nacional, a las ordenanzas y a los respectivos acuerdos municipales, así:</p> <p>1. En el sector educativo, conforme a la Constitución Política y a las disposiciones legales sobre la materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar los servicios educativos estatales de educación preescolar, básica primaria y secundaria y media. - Financiar las inversiones necesarias en infraestructura y dotación y asegurar su mantenimiento, y participar con recursos propios y con las participaciones municipales en la financiación de los servicios educativos estatales y en la co-financiación de programas y proyectos educativos. - Ejercer la inspección y vigilancia, y la supervisión y evaluación de los servicios educativos estatales. <p>2. En el área de la salud: Conforme al artículo 49 de la Constitución Política dirigir el Sistema Local de Salud, ejercer las funciones establecidas en el Artículo 12 de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4 y o de la misma ley; o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365 de la Constitución Política, la ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.</p> <p>b) En desarrollo del principio de complementariedad de que trata el Artículo 3. literal e) de la Ley 10 de 1990, los municipios pueden prestar servicios correspondientes al segundo y tercer nivel de atención en salud, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita, y garanticen debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud que le corresponden, previo acuerdo con el respectivo departamento. La prestación de estos servicios públicos de salud, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los municipios determinados por los departamentos conforme a lo dispuesto por el artículo 16 de la presente Ley, caso en el cual tanto la planta de personal como las instituciones, tendrán carácter municipal.</p> <p>Artículo 3. Competencias de los departamentos. Corresponde a los departamentos, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas departamentales competentes, conforme a la Constitución Política, la ley, a las normas técnicas nacionales y a las respectivas ordenanzas:</p> <p>1. Administrar los recursos cedidos por la Nación; planificar los aspectos</p> |

relacionados con sus competencias para los sectores de educación y salud y ejercer funciones de coordinación, subsidiariedad y concurrencia relacionadas con las competencias municipales conforme a la Constitución, a la Ley y a los reglamentos que sobre tales aspectos expidan los respectivos Ministerios. En desarrollo de estas funciones promoverá la armonización de las actividades de los municipios entre sí y con el departamento y contribuirá a la prestación de los servicios a cargo de los municipios, cuando éstos presenten deficiencias conforme al sistema de calificación debidamente reglamentado por el respectivo Ministerio.

3. Actuar como instancia de intermediación entre la Nación y los Municipios, para los fines del ejercicio de las funciones que conforme a esta Ley, son de competencia de la Nación.

4. Asesorar y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los Municipios y a las instituciones de prestación de los servicios para el ejercicio de las funciones asignadas por la presente Ley; realizar la evaluación, control y seguimiento de la acción municipal y promover ante las autoridades competentes las investigaciones disciplinarias a que haya lugar.

5. Las anteriores competencias generales serán asumidas por los departamentos así:

a. En el sector educativo, conforme a la Constitución Política las disposiciones legales sobre la materia:

- Dirigir y administrar directa y conjuntamente con sus municipios la prestación del servicio educativo estatal en los niveles de preescolar, básica primaria, secundaria y media. Participar en la financiación y co-financiación de los servicios educativos estatales y en las inversiones de infraestructura y dotación. Asumir las funciones de administración, programación y distribución de los recursos del situado fiscal para la prestación de los servicios educativos estatales.

- Promover y evaluar la oferta de capacitación y actualización de los docentes, de acuerdo con los desarrollos curriculares y pedagógicos y facilitar el acceso a la capacitación de los docentes públicos vinculados a los establecimientos educativos del área de su jurisdicción. Regular, en concurrencia con el municipio, la prestación de los servicios educativos estatales.

- Ejercer la inspección y vigilancia y la supervisión y evaluación de los servicios educativos estatales. Incorporar a las estructuras y a las plantas departamentales las oficinas de escalafón, los fondos educativos regionales, centros experimentales piloto y los centros auxiliares de servicios docentes. Asumir las competencias relacionadas con currículo y materiales educativos. La prestación de los servicios educativos estatales y las obligaciones correspondientes, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará por los departamentos, caso en el cual los establecimientos educativos y la planta de personal tendrán carácter departamental, distribuida por municipios, de acuerdo con las necesidades de prestación del servicio; de todas maneras la administración del personal docente y administrativo se hará conforme a lo previsto en el artículo 6. de la presente Ley.

b. En el sector de la salud:

a) Conforme al artículo 49 de la Constitución Política, dirigir el Sistema Seccional de Salud, cumpliendo las funciones establecidas en el artículo 11 de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365o de la Constitución Política, la ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

b) Ejecutar las campañas de carácter nacional en los términos y condiciones de la

delegación efectuada por la Nación, o asumir directamente la competencia, y participar en los programas nacionales de co-financiación. Financiar los tribunales seccionales de ética profesional. Ejercer los controles a los medicamentos y alimentos en los términos que determine el reglamento.

c) Concurrir a la financiación de la prestación de los servicios a cargo de los municipios cuando estos no estén en capacidad de asumirlos; financiar las inversiones necesarias en infraestructura y dotación y asegurar su mantenimiento para la prestación de los servicios de su competencia.

e) Programar la distribución de los recursos del situado fiscal por municipio a fin de realizar la cesión a aquellos que asuman la competencia para su administración.

f) La prestación de tales servicios, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los departamentos determinados por el Ministerio de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente Ley, caso en el cual tanto la planta de personal como las instituciones, tendrán carácter departamental. Así mismo asumirán la prestación de los servicios de salud del primer nivel, en los municipios que no hayan asumido su prestación descentralizada, caso en el cual la planta de personal y las instituciones de salud serán igualmente de carácter departamental.

7. Otorgar subsidios a la demanda de la población de menores recursos, en las áreas de educación y salud, de conformidad con los criterios de focalización previstos en el artículo 30 de la presente Ley.

8. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de que trata este artículo, excepto para educación, para lo cual podrán celebrar con ellas los contratos a que haya lugar.

Artículo 4. Competencias de los distritos. Corresponde a los distritos, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas competentes, conforme a la Ley, a las normas técnicas nacionales y a los respectivos acuerdos:

- Administrar los recursos cedidos y las participaciones fiscales que le correspondan, y planificar los aspectos relacionados con sus competencias para los sectores de educación y salud; asesorar y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a las instituciones de prestación de los servicios.

1. En el sector educativo, conforme a la Constitución Política las disposiciones legales sobre la materia:

- Dirigir y administrar directamente la prestación de los servicios educativos estatales en los niveles de preescolar, básica primaria, secundaria y media. Participar en la financiación y co-financiación de los servicios educativos estatales y en las inversiones de infraestructura y dotación. Asumir las funciones de administración, programación y distribución de los recursos provenientes del situado fiscal para la prestación de los servicios educativos estatales.

- Promover y evaluar la oferta de capacitación y actualización de los docentes, de acuerdo con los desarrollos curriculares y pedagógicos y facilitar el acceso a la capacitación de los docentes públicos vinculados a los establecimientos educativos del área de su jurisdicción. Regular la prestación de los servicios educativos estatales.

- Ejercer la inspección y vigilancia y la supervisión y evaluación de los servicios educativos estatales. Incorporar a las estructuras y a las plantas distritales las Oficinas de Escalafón, los fondos educativos regionales, centros experimentales piloto y los centros auxiliares de servicios docentes. Asumir las competencias

relacionadas con currículum y materiales educativos. La prestación de los servicios educativos estatales y las obligaciones correspondientes, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará por los distritos, caso en el cual los establecimientos educativos y la planta de personal tendrán carácter distrital; de todas maneras la administración del personal docente y administrativo se hará conforme a lo previsto en el artículo 6o. de la presente ley.

2. En el sector de la salud:

a) Conforme al artículo 49 de la Constitución Política, dirigir el Sistema Distrital de Salud, ejercer las funciones establecidas en los artículos 11 y 12 de la Ley 10 de 1990, financiar y realizar las acciones de fomento de la prevención de la enfermedad y garantizar la prestación de los servicios de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación correspondientes al primero, segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente, o a través de entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4o y 6o de la Ley 10 de 1990, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, acorde con el artículo 365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y demás normas relacionadas, y para el caso del Distrito Capital, conforme a la Ley 10 de 1992 y los acuerdos distritales respectivos. Registrar las entidades prestadoras de servicios de salud y definir su naturaleza jurídica según lo previsto en los artículos 34 y 35 de la presente ley y el reglamento que al efecto expida el Ministerio de Salud.

b) Ejecutar las campañas de carácter nacional en los términos y condiciones de la delegación efectuada, o asumir directamente la competencia y participar en los programas nacionales de co-financiación. Financiar los tribunales distritales de ética profesional. Ejercer el control de alimentos y medicamentos en los términos que lo reglamente el Ministerio de Salud.

d) Garantizar la operación de la red de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre todos los niveles de atención. La prestación de tales servicios, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los distritos determinados por el Ministerio de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente ley, caso en el cual tanto la planta de personal como las instituciones, tendrán carácter distrital.

5. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de que trata este artículo, en el sector educativo se procederá según el artículo 8 de la presente ley, para lo cual podrán celebrar con ellas los contratos a que haya lugar.

Artículo 5. Competencias de la Nación. En relación con las materias de carácter social, corresponde a la Nación, a través de los Ministerios, Departamentos Administrativos y demás organismos y autoridades de la administración central o de las entidades descentralizadas del orden nacional, conforme a las disposiciones legales sobre la materia:

-Formular las políticas y objetivos de desarrollo.

-Establecer normas técnicas, curriculares y pedagógicas que servirán de orientación a las entidades territoriales.

-Administrar fondos especiales de co-financiación.

-Organizar y desarrollar programas de crédito.

-Prestar los servicios médicos especializados en el caso del Instituto Nacional de Cancerología y los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación

-Dictar las normas científico administrativas para la organización y prestación de los servicios.

-Impulsar, coordinar y financiar campañas y programas nacionales en materia educativa y de salud.

-Asesorar y prestar asistencia técnica y administrativa a las entidades territoriales y a sus instituciones de prestación de servicios.

-Ejercer las responsabilidades y acciones que deba cumplir en desarrollo de lo dispuesto en la presente ley.

-Distribuir el situado fiscal; reglamentar la delegación y delegar en las entidades territoriales la ejecución de las campañas y programas nacionales, o convenir la asunción de las mismas por parte de las entidades territoriales, cuando fuere el caso, con la asignación de los recursos respectivos para su financiación o co-financiación; establecer los programas de co-financiación en forma acorde a las políticas y a las prioridades nacionales.

-Vigilar el cumplimiento de las políticas; ejercer las labores de inspección y vigilancia de la educación y salud y diseñar criterios para su desarrollo en los departamentos, distritos y municipios; ejercer la supervisión y evaluación de los planes y programas y, en especial, de la utilización o destinación de las cesiones y participaciones y de los grados de cobertura y calidad de los servicios e informar a la comunidad sobre estos resultados; y, promover ante las autoridades competentes, las investigaciones que se deriven de las actuaciones de los funcionarios.

Parágrafo 1. En concordancia con la descentralización de la prestación de los servicios públicos de salud y educación y las obligaciones correspondientes, señalados en la presente ley, la Nación cederá a título gratuito a los departamentos, distritos y municipios los derechos y obligaciones sobre la propiedad de los bienes muebles e inmuebles existentes a la fecha de publicación de la presente ley destinados a la prestación de los servicios que asuman las entidades territoriales.

Artículo 8. Solamente en donde se demuestre la insuficiencia de instituciones educativas del Estado podrá contratarse la prestación del servicio educativo con entidades privadas sin ánimo de lucro, sin detrimento de velar por la cobertura e infraestructura de los servicios educativos estatales y siempre que la prestación del servicio se adecue al cobro de derechos académicos establecidos para las instituciones del Estado. Lo anterior sin perjuicio de que puedan permanecer las situaciones contractuales vigentes a la expedición de la presente ley. El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en este artículo.

Artículo 21. Participación para sectores sociales. Las participaciones a los municipios de que trata el artículo 357 de la Constitución, se destinarán a las siguientes actividades:

2. En salud: pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, y cuando hubiere lugar sus prestaciones sociales, y su afiliación a la seguridad social; pago de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas a la atención en salud, acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos y al sistema de seguridad social en salud; estudios de preinversión e inversión en construcción, dotación y mantenimiento de infraestructura hospitalaria a cargo del municipio y de centros y puestos de salud; vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud; financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables; bienestar materno-infantil; alimentación escolar; y programas de la tercera edad y de las personas con deficiencias o alteraciones físicas y mentales, en cualquiera de sus modalidades de atención.

7. Para grupos de población vulnerables: desarrollo de planes, programas y

| | |
|---|---|
| | <p>proyectos de bienestar social integral en beneficio de poblaciones vulnerables, sin seguridad social y con necesidades básicas insatisfechas; tercera edad, niños, jóvenes, mujeres gestantes y discapacitados. Centros de atención del menor infractor y atención de emergencias. (Documento 10)</p> |
| <p>Ley 100 de diciembre 23 de 1993.</p> | <p>Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Artículo 1. Sistema de seguridad social integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.</p> <p>El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro</p> <p>Artículo 2. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación</p> <p>b) Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;</p> <p>Artículo 3. Del derecho a la seguridad social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.</p> <p>Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente Ley.</p> <p>Artículo 38. Estado de invalidez. Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50 % o más de su capacidad laboral.</p> <p>Artículo 39. Requisitos para obtener la pensión de invalidez. Tendrán derecho a la pensión de invalidez, los afiliados que conforme a lo dispuesto en el artículo anterior sean declarados inválidos y cumplan alguno de los siguientes requisitos:</p> <p>a) Que el afiliado se encuentre cotizando al régimen y hubiere cotizado por lo menos 26 semanas, al momento de producirse el estado de invalidez;</p> <p>b) Que habiendo dejado de cotizar al sistema, hubiere efectuado aportes durante por lo menos 26 semanas del año inmediatamente anterior al momento en que se produzca el estado de invalidez.</p> <p>Artículo 41. Calificación del estado de invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de la invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral.</p> |

Artículo 42. Juntas Regionales de Calificación de Invalidez. En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

Artículo 43. Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Créase la Junta Nacional para la Calificación de los Riesgos de Invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.

Los honorarios de los miembros de la Junta serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará la integración, financiación y funcionamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, de su secretaria técnica y de las juntas regionales o seccionales, el procedimiento de apelación, el manual único para la calificación de la invalidez y demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento.

Artículo 152. Objeto. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9a. de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

Artículo 153. Fundamentos del servicio público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.
2. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.
6. Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.
9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Artículo 156. Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- j) Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad;

Artículo 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el Capítulo I del Título III de la presente Ley.
2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia,

dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus Subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

B. Personas vinculadas al Sistema.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.

Parágrafo 2. La afiliación podrá ser individual o colectiva a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 3. Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.

Parágrafo 4. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

Artículo 162. Plan de salud obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente Ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50 % de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Parágrafo 4. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

Parágrafo 5. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia, y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El Gobierno Nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

Artículo 163. La cobertura familiar. El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará la inclusión de los hijos que, por su incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.

Parágrafo 2. Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente Ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo 161 de la presente Ley.

Artículo 166. Atención materno infantil. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley y sus reglamentos.

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año, del régimen subsidiado, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.</p> <p>Parágrafo 1. Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional organizara un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2 % de los recursos anuales del ICBF, el 10 % de los recursos a que se refiere el parágrafo 1o. del artículo 10 de la Ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional reglamentara los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto.</p> <p>Artículo 257. Programa y requisitos. Establécese un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ser colombiano; b) Llegar a una edad de sesenta y cinco o más años; c) Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional; d) Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social; e) Residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. En estos casos el monto se podrá aumentar de acuerdo con las disponibilidades presupuéstales y el nivel de cobertura. En este evento parte de la pensión se podrá pagar a la respectiva institución. <p><i>(Documento 11)</i></p> |
| <p>Ley 115 de febrero 8 de 1994.</p> | <p>Por la cual se expide la Ley General de Educación.</p> <p>Artículo 1. Objeto de la ley. La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.</p> <p>La presente Ley señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público.</p> <p>De conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, define y desarrolla la organización y la prestación de la educación formal en sus niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social.</p> |

Artículo 46. Integración con el servicio educativo. La educación para personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio público educativo.

Los establecimientos educativos organizarán directamente o mediante convenio, acciones pedagógicas y terapéuticas que permitan el proceso de integración académica y social de dichos educandos.

Parágrafo 1. Los Gobiernos Nacional y de las entidades territoriales podrán contratar con entidades privadas los apoyos pedagógicos, terapéuticos y tecnológicos necesarios para la atención de las personas a las cuales se refiere este artículo, sin sujeción al artículo 8° de la Ley 60 de 1993 hasta cuando los establecimientos estatales puedan ofrecer este tipo de educación.

Parágrafo 2. Las instituciones educativas que en la actualidad ofrecen educación para personas con limitaciones, la seguirán prestando, adecuándose y atendiendo los requerimientos de la integración social y académica, y desarrollando los programas de apoyo especializado necesarios para la adecuada atención integral de las personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas o mentales. Este proceso deberá realizarse en un plazo no mayor de seis (6) años y será requisito esencial para que las instituciones particulares o sin ánimo de lucro puedan contratar con el Estado.

Artículo 47. Apoyo y fomento. En cumplimiento de lo establecido en los artículos 13 y 68 de la Constitución Política y con sujeción a los planes y programas de desarrollo nacionales y territoriales, el Estado apoyará a las instituciones y fomentará programas y experiencias orientadas a la adecuada atención educativa de aquellas personas a que se refiere el artículo 46 de esta Ley.

Igualmente fomentará programas y experiencias para la formación de docentes idóneos con este mismo fin. El reglamento podrá definir los mecanismos de subsidio a las personas con limitaciones, cuando provengan de familias de escasos recursos económicos.

Artículo 48. Aulas especializadas. Los Gobiernos Nacional, y de las entidades territoriales incorporarán en sus planes de desarrollo, programas de apoyo pedagógico que permitan cubrir la atención educativa a las personas con limitaciones.

El Gobierno Nacional dará ayuda especial a las entidades territoriales para establecer aulas de apoyo especializadas en los establecimientos educativos estatales de su jurisdicción que sean necesarios para el adecuado cubrimiento, con el fin de atender, en forma integral, a las personas con limitaciones.

Artículo 49. Alumnos con capacidades excepcionales. El Gobierno Nacional facilitará en los establecimientos educativos la organización de programas para la detección temprana de los alumnos con capacidades o talentos excepcionales y los ajustes curriculares necesarios que permitan su formación integral. El reglamento definirá las formas de organización de proyectos educativos institucionales especiales para la atención de personas con talentos o capacidades excepcionales, el apoyo a los mismos y el subsidio a estas personas, cuando provengan de familias de escasos recursos económicos.

(Documento 12)

| | |
|---|--|
| <p>Ley 181 de enero 18 de 1995.</p> | <p>Por el cual se dictan disposiciones para el Fomento del Deporte, la Recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte.</p> <p>Artículo 3. Para garantizar el acceso del individuo y de la comunidad al conocimiento y práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, el Estado tendrá en cuenta los siguientes objetivos rectores:</p> <p>4. Formular y ejecutar programas especiales para la educación física, deporte, y recreación de las personas con discapacidades físicas, síquicas, sensoriales, de la tercera edad y de los sectores sociales más necesitados creando más facilidades y oportunidades para la práctica del deporte, de la educación física y la recreación.</p> <p>Artículo 11. Corresponde al Ministerio de Educación Nacional, la responsabilidad de dirigir, orientar, capacitar y controlar el desarrollo de los currículos del área de Educación Física de los niveles de Preescolar, Básica Primaria, Educación Secundaria e instituciones escolares especializadas para personas con discapacidades físicas, síquicas y sensoriales, y determinar las estrategias de capacitación y perfeccionamiento profesional del recurso humano.</p> <p>Artículo 12. Corresponde al Instituto Colombiano del Deporte, Coldeportes, la responsabilidad de dirigir orientar, coordinar y controlar el desarrollo de la Educación Física extraescolar como factor social y determinar las políticas, planes, programas y estrategias para su desarrollo, con fines de salud, bienestar y condición física para niños, jóvenes, adultos, personas con limitaciones y personas de la tercera edad.</p> <p>Artículo 24. Los organismos que integran el Sistema Nacional del Deporte fomentarán la participación de las personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas en sus programas de deporte, recreación, aprovechamiento del tiempo libre y educación física, para lo cual trabajarán conjuntamente con las organizaciones respectivas. Además, promoverán la regionalización y especialización deportivas, considerando los perfiles morfológicos, la idiosincrasia y las tendencias culturales de las comunidades.</p> <p>Artículo 51. 1. Adicionado por el artículo 6 de la Ley 181 de 1995. Incluir como organismo del Sistema Nacional del Deporte del nivel nacional, al Comité Paralímpico Colombiano.</p> <p>Artículo 72. Adicionado por el artículo 7 de la Ley 181 de 1995. Parágrafo. Para efectos de la coordinación del deporte asociado de las personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, dicha función la ejercerá el Comité Paralímpico Colombiano, en el ámbito nacional e internacional. <i>(Documento 13)</i></p> |
| <p>Ley 319 de setiembre 20 de 1996.</p> | <p>Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988.</p> <p>Ver Documento 4. <i>(Documento 14)</i></p> |

Ley 361 de febrero 7 de 1997.

Por la cual se establecen Mecanismos de Integración Social de las Personas con Limitación y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. Los principios que inspiran la presente Ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconocen en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

Artículo 4. Las ramas del poder público pondrán a disposición todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1o. de la presente Ley, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas, la educación apropiada, la orientación, la integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales. Para estos efectos estarán obligados a participar para su eficaz realización, la administración central, el sector descentralizado, las administraciones departamentales, distritales y municipales, todas las corporaciones públicas y privadas del país.

Artículo 5. Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afiliado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificarán a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente. Dicho carné especificará el carácter de persona con limitación y el grado de limitación moderada, severa o profunda de la persona. Servirá para identificarse como titular de los derechos establecidos en la presente Ley

Artículo 6. Constituyese el "Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación", como asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado. Dicho Comité tendrá carácter permanente y estará coordinado por una Consejería Presidencial designada para tal efecto.

Artículo 11. En concordancia con lo establecido en la Ley 115 de 1994, nadie podrá ser discriminado por razón de su limitación, para acceder al servicio de educación ya sea en una entidad pública o privada y para cualquier nivel de formación. Para estos efectos y de acuerdo con lo previsto en el artículo siguiente, el Gobierno Nacional promoverá la integración de la población con limitación a las aulas regulares en establecimientos educativos que se organicen directamente o por convenio con entidades gubernamentales y no gubernamentales, para lo cual se adoptarán las acciones pedagógicas necesarias para integrar académica y socialmente a los limitados, en el marco de un Proyecto Educativo Institucional.

Artículo 12. Para efectos de lo previsto en este capítulo, el Gobierno Nacional deberá establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales de carácter individual según el tipo de limitación, que garanticen el ambiente menos restrictivo para la formación integral de las personas con limitación.

Parágrafo. Todo centro educativo de cualquier nivel deberá contar con los medios

y recursos que garanticen la atención educativa apropiada a las personas con limitaciones. Ningún centro educativo podrá negar los servicios educativos a personas limitadas físicamente, so pena de hacerse acreedor de sanciones que impondrá el Ministerio de Educación Nacional o la Secretaría de Educación en las que delegue esta facultad, que pueden ir desde multas sucesivas de carácter pecuniario de 50 a 100 salarios mínimos legales mensuales hasta el cierre del establecimiento. Dichos dineros ingresarán a la Tesorería Nacional, Departamental o Municipal según el caso.

Artículo 17. El Ministerio de Educación Nacional ejercerá el control permanente respecto del cumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos precedentes. El Gobierno deberá reglamentar lo establecido en este capítulo dentro de los dos meses posteriores a la fecha de vigencia de la presente Ley.

Artículo 19. Los limitados de escasos recursos serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993. Para los efectos de este artículo y con el fin de ampliar la oferta de servicios a la población, con limitación beneficiaria de dicho régimen, el Consejo Nacional de Seguridad, Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, deberá incluir en el Plan Obligatorio de Salud. Subsidiado, los servicios de tratamiento y rehabilitación de la población con limitación, lo cual deberá ser plasmado en un decreto expedido por el Ministerio de Salud.

Artículo 22. El Gobierno dentro de la política nacional de empleo adoptará las medidas pertinentes dirigidas a la creación y fomento de las fuentes de trabajo para las personas con limitación, para lo cual utilizará todos los mecanismos adecuados a través de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Educación Nacional y otras entidades gubernamentales, organizaciones de personas con limitación que se dediquen a la educación, a la educación especial, a la capacitación, a la habilitación y a la rehabilitación. Igualmente el Gobierno establecerá programas de empleo protegido para aquellos casos en que la disminución padecida no permita la inserción al sistema competitivo.

Artículo 23. El Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, realizará acciones de promoción de sus cursos entre la población con limitación y permitirá el acceso en igualdad de condiciones de dicha población previa valoración de sus potencialidades a los diferentes programas de formación

Artículo 24. Los particulares empleadores que vinculen laboralmente personas con limitación tendrán las siguientes garantías:

- a) A que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente ley
- b) Prelación en el otorgamiento de créditos subvenciones de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa y permanente de personas con limitación;
- c) El Gobierno fijará las tasas arancelarias a la importación de maquinaria y equipo especialmente adoptados o destinados al manejo de personas con limitación.

Artículo 30. Las entidades estatales de todo orden, preferirán en igualdad de condiciones, los productos, bienes y servicios que les sean ofrecidos por

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>entidades sin ánimo de lucro constituidas por las personas con limitación. Las entidades estatales que cuenten con conmutadores telefónicos, preferirán en igualdad de condiciones para su operación a personas con limitaciones diferentes a las auditivas debidamente capacitadas para el efecto.</p> <p>Artículo 34. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Desarrollo (Instituto de Fomento Industrial - IFI), establecerá líneas de créditos blandos para el funcionamiento y constitución de pequeñas y medianas empresas cualquiera que sea su forma jurídica, dedicadas a la producción de materiales, equipos, accesorios, partes o ayudas que permitan a las personas con limitación desarrollar actividades cotidianas, o que les sirva para la prevención, restauración o corrección de la correspondiente limitación o que sean utilizadas para la práctica deportiva o recreativa de estas personas.</p> <p>Artículo 37. El Gobierno a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en cooperación con las organizaciones de personas con limitación, apropiará los recursos necesarios para crear un red nacional de residencias, hogares comunitarios y escuelas de trabajo cuyo objetivo será atender las necesidades de aquellas personas con limitaciones severas, carentes de familia, o que aún teniéndola adolezcan de severos problemas de integración.</p> <p>Artículo 39. El Gobierno a través de Coldeportes organizará y financiará el desarrollo de eventos deportivos y de recreación a nivel nacional para la participación de personas con limitación, así como para aquellas organizaciones, que les prestan servicios en eventos de esta naturaleza a nivel internacional.</p> <p>Artículo 52. Lo dispuesto en este título y en sus disposiciones reglamentarias, será también de obligatorio cumplimiento para las edificaciones e instalaciones abiertas al público que sean de propiedad particular, quienes dispondrán de un término de cuatro años contados a partir de la vigencia de la presente ley, para realizar las adecuaciones correspondientes. El Gobierno Nacional reglamentará las sanciones de tipo pecuniario e institucional, para aquellos particulares que dentro de dicho término no hubieren cumplido con lo previsto en este título. (Documento 15)</p> |
| Ley 582 de junio 8 de 2000. | <p>Por medio de la cual se define el Deporte asociado de Personas con Limitaciones Físicas, Mentales o Sensoriales, se reforma la Ley 181 de 1995 y el Decreto 1228 de 1995, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Artículo 1. Entiéndase por deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, el desarrollo de un conjunto de actividades que tienen como finalidad contribuir por medio del deporte a la normalización integral de toda persona que sufra una limitación física, sensorial y/o mental, ejecutado por entidades de carácter privado organizadas jerárquicamente con el fin de promover y desarrollar programas y actividades de naturaleza deportiva para las personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, con fines competitivos, educativos, terapéuticos o recreativos.</p> <p>Artículo 2. El Comité Paralímpico Colombiano, es el ente rector del deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales. El comité se constituye como una entidad de derecho privado que cumplirá funciones de interés público y social, encargado de organizar y coordinar a nivel nacional e internacional la actividad deportiva, recreacional y de aprovechamiento del tiempo</p> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>libre para dicho sector de personas, con la estructura del deporte asociado y funciones concordantes con las del "Sistema Paralímpico Internacional".</p> <p>Artículo 4. El Comité Paralímpico Colombiano, como organismo superior de coordinación del deporte asociado para personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, tiene como objetivo principal la asesoría para la formulación de las políticas, planes, programas y proyectos de su propio orden institucional, relacionados con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El deporte recreativo y terapéutico. 2. El deporte competitivo. 3. El deporte de alto rendimiento. 4. La recreación y el aprovechamiento del tiempo libre de las personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales. 5. La asesoría al Gobierno Nacional para la adopción de políticas, normas y reglamentos, para el adecuado desarrollo de la actividad deportiva de las personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales. 6. Las demás que consagre el reglamento. <p><i>(Documento 16)</i></p> |
| <p>Ley 599 de julio 24 de 2000.</p> | <p>Código Penal.</p> <p>Artículo 12. Culpabilidad. Sólo se podrá imponer penas por conductas realizadas con culpabilidad. Queda erradicada toda forma de responsabilidad objetiva.</p> <p>Artículo 22. Dolo. La conducta es dolosa cuando el agente conoce los hechos constitutivos de la infracción penal y quiere su realización. También será dolosa la conducta cuando la realización de la infracción penal ha sido prevista como probable y su no producción se deja librada al azar.</p> <p>Artículo 33. Inimputabilidad. Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares.</p> <p>No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental.</p> <p>Los menores de dieciocho (18) años estarán sometidos al Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil.</p> <p><i>(Documento 17)</i></p> |
| <p>Ley 643 de enero 16 de 2001.</p> | <p>Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.</p> <p>Artículo 42. Destinación de las rentas del monopolio al sector salud. Los recursos obtenidos por los departamentos, el Distrito Capital y municipios, como producto del monopolio de juegos de suerte y azar se destinarán para contratar con las empresas sociales del Estado o entidades públicas o privadas la prestación de los servicios de salud a la población vinculada o para la vinculación al régimen subsidiado.</p> <p>Parágrafo 1. Los recursos obtenidos, por la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería preimpresa y la instantánea, se</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>distribuirán de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El ochenta por ciento (80%) para atender la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud, en cada entidad territorial; b) El siete por ciento (7%) con destino al Fondo de Investigación en Salud; c) El cinco por ciento (5%) para la vinculación al régimen subsidiado contributivo para la tercera edad; d) El cuatro por ciento (4%) para vinculación al régimen subsidiado a los discapacitados, limitados visuales y la salud mental; e) El cuatro por ciento (4%) para vinculación al régimen subsidiado en salud a la población menor de 18 años no beneficiarios de los regímenes contributivos. <p>Los recursos que se destinen al Fondo de Investigación en Salud, se asignarán a los proyectos a través del Ministerio de Salud y Colciencias para cada departamento y el Distrito Capital. (Documento 18)</p> |
| <p>Ley 715 de diciembre 21 de 2001.</p> | <p>Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.</p> <p>Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:</p> <p>43.2. De prestación de servicios de salud</p> <p>43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.</p> <p>43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.</p> <p>Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:</p> <p>44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.</p> <p>44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.</p> <p>44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.</p> <p>Artículo 46. Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.</p> <p>Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones.</p> <p>Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria. (Documento 19)</p> |
| <p>Ley 762 de julio 31 de 2002.</p> | <p>Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).</p> <p>Ver Documento 6. (Documento 20)</p> |
| <p>Ley 789 de diciembre 27 de 2002.</p> | <p>Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.</p> <p>Artículo 1. Sistema de Protección Social. El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos.</p> <p>Artículo 13. Régimen especial de aportes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y a las Cajas de Compensación Familiar. Estarán excluidos del pago de los correspondientes aportes al Régimen del Subsidio Familiar Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, los empleadores que vinculen trabajadores adicionales a los que tenían en promedio en el año 2002, con las siguientes características o condiciones, siempre que estos no devenguen más de tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes:</p> <p>2. Personas con disminución de su capacidad laboral superior al veinticinco por ciento (25%) debidamente calificada por la entidad competente. (Documento 21)</p> |
| <p>Ley 812 de junio 26 de 2003.</p> | <p>Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, Hacia un Estado Comunitario.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Artículo 136. Apoyo a deportistas discapacitados. En concordancia con lo señalado en el artículo 35, parágrafo 2 de la Ley 788 de 2002 y referido al cuatro por ciento (4%) de incremento en el IVA para la telefonía móvil, de este se destinará un tres por ciento (3%) como mínimo, para atender en los mismo ítems allí referidos, los Planes de fomento, promoción y desarrollo del deporte, la recreación y los programas culturales y artísticos de las personas con discapacidad. (Documento 22)</p> |
|--|--|

E. Decretos

1. Vigentes

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|--|
| <p>Decreto 1400 y 2019 de agosto 6 y octubre 26 de 1970.</p> | <p>Por los cuales se expide el Código de Procedimiento Civil.</p> <p>Artículo 43. Funciones de defensor de incapaces. El Ministerio Público tiene funciones de defensor de incapaces en los casos que determine la ley.</p> <p>Artículo 45. Curador ad litem del incapaz. Artículo modificado por el artículo 1, numeral 17 del decreto 2282 de 1989. Para la designación del curador ad litem del incapaz, se procederá de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El relativamente incapaz que careciendo de representante legal o hallándose éste impedido o ausente tenga necesidad de comparecer a un proceso, lo expondrá así al juez del conocimiento para que de plano le designe curador ad litem o confirme el designado por él, si fuere idóneo. Cuando se trate de incapaz absoluto y ocurran las circunstancias contempladas en este numeral, el juez a petición del Ministerio Público, de uno de los parientes o de oficio, le designará un curador ad litem. 2. Cuando la demanda se dirija contra un absolutamente incapaz, que carezca de representante legal o éste se halle ausente, el juez nombrará un curador ad litem para que lo represente. Cuando se trate de relativamente incapaz el juez confirmará el designado por aquél, si fuere idóneo. 3. El juez nombrará curador ad litem al incapaz que pretenda demandar a su representante legal, o que sea demandado por éste, o confirmará el designado por el relativamente incapaz, si fuere idóneo. En el segundo caso, el juez dará aviso al incapaz de la admisión de la demanda como se dispone en el numeral anterior. 4. En los procesos de sucesión se designará curador ad litem o se confirmará el designado por el relativamente incapaz, si fuere idóneo, cuando el juez advierta que ha surgido conflicto de intereses entre aquél y su representante legal. En tal caso, el curador deberá ser persona distinta del apoderado constituido por el representante del incapaz. Para la provisión de curador ad litem en los casos contemplados en este artículo, se requiere al menos prueba sumaria de los hechos correspondientes. El curador deberá acudir al despacho judicial que lo designó, a fin de recibir la notificación personal de la providencia respectiva, dentro de los diez días siguientes a la fecha del envío del telegrama que le comunique el nombramiento; de lo contrario, será reemplazado. |

| | |
|---|--|
| | <p>Artículo 215. Inhabilidades absolutas para testificar. Son inhábiles para testificar en un todo proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los menores de doce años. 2. Los que se hallen bajo interdicción por causa de demencia. 3. Los sordomudos que no pueden darse a entender por escrito o por lenguaje convencional de signos traducibles por intérpretes. <p>Artículo 649. Asuntos sujetos a su trámite. Se sujetarán al procedimiento de jurisdicción voluntaria los siguientes asuntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La licencia que soliciten el padre o madre de familia o los guardadores para enajenar o gravar bienes de sus representados, o para realizar otros actos que interesen a éstos, en los casos en que el Código Civil u otras leyes la exijan. 3. La licencia para la emancipación voluntaria. 4. La designación de guardador, cuando no corresponda a los jueces de menores 5. La declaración de ausencia. 6. La declaración de muerte presuntiva por desaparecimiento. 7. La interdicción del demente o sordomudo y su rehabilitación. 9. La autorización requerida en caso de adopción, cuando no corresponda a los jueces de menores 10. La insinuación para donaciones entre vivos. 11. La corrección, sustitución o adición de partidas de estado civil o del nombre, o anotación del seudónimo en actas o folios de registro de aquél. 12. Cualquier otro asunto de jurisdicción voluntaria que no tenga señalado trámite diferente. <p>Artículo 651. Procedimiento. Para el trámite del proceso se aplicarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caso de reunir los requisitos legales, el juez admitirá la demanda, ordenará las citaciones y publicaciones a que hubiere lugar, decretará las pruebas pedidas en ella y las que de oficio considere convenientes, y señalará el término de quince días para practicarlas (...) <p>Sin embargo, cuando deban hacerse citaciones por edicto, dicho señalamiento se hará una vez cumplido tal requisito. El juez, de oficio o a petición de parte, podrá prorrogar el término para practicar pruebas hasta por diez días.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Expirado el término probatorio, se dictará sentencia dentro de los diez días siguientes. 6. Cuando a causa de la sentencia se requiera posterior intervención del juez, éste dispondrá lo que estime conveniente, para un rápido y eficaz cumplimiento. <p><i>(Documento 23)</i></p> |
| <p>Decreto 2358 de agosto 23 de 1981.</p> | <p>Por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación.</p> <p>Artículo 1. Sistema Nacional de Rehabilitación. Se entiende por Sistema Nacional de Rehabilitación el conjunto de organismos que se coordinan para brindar servicios de prevención primaria, secundaria y terciaria susceptible de riesgos psicosociales y biológicos que producen limitación temporal o definitiva.</p> <p>Artículo 4. Funciones. La Comisión Nacional de Rehabilitación tendrá como función principal proponer al CONPES o a la autoridad competente las políticas generales que permita coordinar y facilitar el desarrollo armónico de acciones integrales multisectoriales para prevenir, recuperar y minimizar los posibles efectos de la condición limitante y obtener la reubicación social laboral del limitado</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>rehabilitado.</p> <p>Artículo 6. Funciones. El consejo Coordinador Nacional tendrá las siguientes funciones:</p> <p>2. Proponer a la Comisión Nacional los cambios convenientes o necesarios a la legislación para procurar el logro de los objetivos del sistema.</p> <p>15. obtener y mantener actualizado el diagnóstico de las condiciones de vida de los limitados y de os recursos disponibles para la programación e ejecución de las acciones.</p> <p><i>(Documento 24)</i></p> |
| <p>Decreto 624 de marzo 30 de 1989.</p> | <p>Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los Impuestos Administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales.</p> <p>Artículo 19. Contribuyentes con un régimen tributario especial. Las entidades que se enumeran a continuación, se someten al impuesto sobre la renta y complementarios, conforme al régimen tributario especial contemplado en el Título VI del presente Libro.</p> <p>1. Las corporaciones, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro, con excepción de las contempladas en el artículo 23.</p> <p>2. Las personas jurídicas sin ánimo de lucro que realizan actividades de captación y colocación de recursos financieros y se encuentran sometidas a la vigilancia de la Superintendencia Bancaria, con excepción de las cooperativas, sus asociaciones, uniones, ligas centrales, organismos de grado superior de carácter financiero, instituciones auxiliares del cooperativismo y confederaciones cooperativas, previstas en la legislación cooperativa.</p> <p>3. Las cajas de compensación familiar, los fondos mutuos de inversión, los fondos de empleados, los fondos de pensiones de jubilación e invalidez y las asociaciones gremiales, con respecto a los ingresos provenientes de las actividades industriales y de mercadeo.</p> <p><i>(Documento 25)</i></p> |
| <p>Decreto 2177 de septiembre 21 de 1989.</p> | <p>Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, Aprobatoria del Convenio Numero 159, Suscrito con la Organización Internacional del Trabajo, sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Invalidas.</p> <p>Artículo 1. El Estado garantizará la igualdad de oportunidades y derechos laborales a las personas inválidas física, mental o sensorialmente, conforme al Convenio número 159 suscrito con la organización Internacional del Trabajo y las disposiciones vigentes sobre la materia.</p> <p>Artículo 2. Para los efectos del presente Decreto, se entiende por persona inválida, aquella cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico, mental o sensorial debidamente reconocida.</p> <p>Artículo 5. El Gobierno, dentro de la política nacional de empleo, adoptará programas permanentes y continuos, dirigidos a la creación de fuentes de empleo, por intermedio de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Educación Nacional, Salud y demás entidades gubernamentales que realicen actividades de educación especial, capacitación y rehabilitación.</p> |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <p>Artículo 8. El Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, en coordinación con las entidades de educación, capacitación y rehabilitación de personas inválidas, establecerá planes y programas permanentes para estas personas encaminados a lograr su formación, adiestramiento y perfeccionamiento en actividades productivas.</p> <p>Artículo 9. El Ministerio de Educación Nacional garantizará el acceso y permanencia de las personas inválidas al sistema educativo, mediante la divulgación, fomento y orientación de los programas educativos a nivel público y privado.</p> <p>Artículo 23. Los organismos del Estado, competentes para la aplicación de las disposiciones de este Decreto, establecerán contacto con las organizaciones representativas y de servicios para personas limitadas, con el fin de consultarlas cuando se desarrollen actividades que involucren a la población con incapacidades físicas, mentales y sensoriales.</p> <p>Artículo 27. El incumplimiento al presente Decreto, dará lugar a la aplicación de las sanciones que prescribe la Ley. Corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigilar y controlar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en este Decreto, directamente o a través de las dependencias nacionales, regionales, inspecciones del trabajo y especialmente de aquellas encargadas de la inspección y vigilancia. (Documento 26)</p> |
| Decreto 2737 de noviembre 27 de 1989. | <p>Por el cual se expide el Código del Menor.</p> <p>Artículo 2. Los derechos consagrados en la Constitución Política, en el presente Código y en las demás disposiciones vigentes, serán reconocidos a todos los menores, sin discriminación alguna por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra condición suya, de sus padres o de sus representantes legales.</p> <p>Artículo 3. Todo menor tiene derecho a la protección, al cuidado y a la asistencia necesaria para lograr un adecuado desarrollo físico, mental, moral y social; estos derechos se reconocen desde la concepción. Cuando los padres o las demás personas legalmente obligadas a dispensar estos cuidados no estén en capacidad de hacerlo, los asumirá el Estado con criterio de subsidiaridad.</p> <p>Artículo 4. Todo menor tiene derecho intrínseco a la vida y es obligación del Estado garantizar su supervivencia y desarrollo.</p> <p>Artículo 7. Todo menor tiene derecho a recibir la educación necesaria para su formación integral. Esta será obligatoria hasta el noveno grado de educación básica y gratuita cuando sea prestada por el Estado.</p> <p>Artículo 9. Todo menor tiene derecho a la atención integral de su salud, cuando se encuentre enfermo o con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, a su tratamiento y rehabilitación. El Estado deberá desarrollar los programas necesarios para reducirla mortalidad y prevenir la enfermedad, educar a las familias en las prácticas de higiene y saneamiento y combatir la malnutrición, otorgando prioridad en estos programas al menor en situación irregular y a la mujer en período de embarazo y de lactancia.</p> <p>Artículo 12. Todo menor que padezca de deficiencia física, mental o sensorial,</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>tiene derecho a disfrutar de una vida plena en condiciones que aseguren su dignidad y a recibir cuidados, educación y adiestramiento especiales, destinados a lograr en lo posible su integración activa en la sociedad.</p> <p>Artículo 16. Todo menor tiene derecho a que se proteja su integridad personal. En consecuencia, no podrá ser sometido a tortura, a tratos crueles o degradantes ni a detención arbitraria. El menor privado de su libertad recibirá un tratamiento humanitario, estará separado de los infractores mayores de edad y tendrán derecho a mantener contacto con su familia.</p> <p>Artículo 211. Cuando se trate de menores que tengan deficiencias físicas, sensoriales o mentales, o sean adictos a sustancias que produzcan dependencia, procurará el Juez que la medida se cumpla en establecimiento que disponga de servicio especializado para brindar al menor la asistencia que le sea necesaria en estos casos. Podrá igualmente el Juez, como medida post-institucional, ubicar al menor en residencias de egreso que le permitan realizar en forma gradual el reintegro a su medio social, cuando careciere de familia o ésta no le ofreciere un ambiente adecuado. (Documento 27)</p> |
| Decreto 2381 de noviembre 30 de 1992. | <p>Por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el Día Nacional de las Personas con Discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Declárese como "día nacional de las personas con discapacidad" el 3 de diciembre de cada año. (Documento 28)</p> |
| Decreto 1938 de Agosto 5 de 1994. | <p>Por el cual se reglamenta el Plan de Beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.</p> <p>Artículo 2. Definición. El Plan de Beneficios es el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional. El plan de Beneficios se compone de 6 subconjuntos diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como Afiliado beneficiario o familiar, como Afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Artículo 3. De los tipos de planes. Los servicios y reconocimientos del plan de beneficios están organizados en seis subconjuntos o planes de atención en salud que son los siguientes:</p> <p>a) Plan de Atención Básica en Salud. P.A.B. Es un plan de carácter gratuito prestado directamente por el Estado o por particulares mediante contrato con el Estado que contiene acciones en Salud Pública tales como acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas</p> |

o epidémicas. Del P.A.B. se deberán beneficiar desde el inicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud todos los habitantes del territorio nacional.

b) Plan Obligatorio de Salud. P.O.S. Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios al que está obligada a garantizar a sus afiliados toda Entidad Promotora de Salud autorizada para operar en el Sistema. Sus contenidos están definidos en el presente Decreto y su forma de prestación normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que expida el Ministerio de Salud.

c) Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado. P.O. S.S. Es una categoría transitoria que identifica el conjunto de servicios que constituye a la vez el derecho de los afiliados al régimen subsidiado y la obligación de las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y demás entidades que administren los recursos del subsidio a la demanda de servicios de salud. Durante el período 1994-2001 este Plan se ampliará progresivamente hasta igualar los contenidos del POS. El contenido del Plan subsidiado y su forma de prestación estará regida por el Decreto reglamentario del régimen de subsidios y por los mismos manuales de procedimientos y guías de atención integral a que hace referencia el literal b) del presente artículo. El Plan Subsidiado ofrecerá también transicionalmente cobertura integral a la maternidad y al niño durante el primer año de vida, para aquellas personas de más escasos recursos, programa que se denominará el Programa de Asistencia Materno Infantil P.A.M.I.

Artículo 4. Glosario. Para efecto del presente Decreto se adoptan las siguientes definiciones:

2. Procedimiento: Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

4. Guía de atención integral. Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.

12. Rehabilitación: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

Artículo 23. Medicamentos. El Plan Obligatorio de Salud contempla el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, definidos en el Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéutica, el cual contiene la descripción del medicamento esencial, su nombre genérico y la presentación farmacológica.

Parágrafo 2. Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>denominación como internacional para su prescripción y expendio.</p> <p>Parágrafo 3. Para la operatividad del Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéutica, se establecen los siguientes listados de medicamentos:</p> <p>a) Medicamentos para Programas Especiales que forman parte del Plan de Atención Básica y cuya provisión será gratuita para aquellas personas que no se encuentren afiliadas a una Entidad Promotora de Salud, y para toda la población en el caso de las vacunas contempladas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, P.A.I.;</p> <p>b) Medicamentos para el manejo de patologías crónicas, en las cuales los medicamentos son de un alto costo y exigen un manejo especializado, cuya provisión estará sujeta a normas definidas en las respectivas Guías de Atención Integral, tales como niveles de atención para su uso, condiciones de elegibilidad del paciente y personal profesional autorizado para su prescripción. Estos serán cubiertos por las Entidades Promotoras de Salud mediante un fondo o algún mecanismo de aseguramiento que defina el Ministerio de Salud;</p> <p><i>(Documento 29)</i></p> |
| <p>Decreto 730 de mayo 3 1995.</p> | <p>Por el cual se crea el Comité Consultivo Nacional de Discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Créase el Comité Consultivo Nacional de Discapacidad, adscrito al Ministerio de Salud, como organismo asesor de la Vicepresidencia de la República, para temas relacionados con la discapacidad en todos los espacios de la actividad económica y social del país.</p> <p>Artículo 2. Objetivo. Este Comité Consultivo será asesor, para el establecimiento de una cultura de respeto a la dignidad y mejoramiento de la calidad de vida de la población discapacitada; promoviendo la sensibilización del Estado, la sociedad y la familia, en torno a la realidad de la discapacidad y a la importancia que tiene para el país el desarrollo de actividades que favorezcan la integración social y económica de esta población.</p> <p>Artículo 4. Composición. El Comité Consultivo estará integrado por el Vicepresidente o su delegado quien lo presidirá y por siete delegados designados por el Vicepresidente de la República, así: cuatro (4) representantes de las organizaciones de y para discapacitados; un (1) representante de los padres de familia, el Defensor del Pueblo y un (1) representante del sector académico.</p> <p>Artículo 5. Funciones. Para cumplir con su objetivo, el Comité Consultivo Nacional asesorará al Vicepresidente en identificar las estrategias dirigidas a superar los factores que inciden en la discriminación por razones de discapacidad, y en la formulación de estrategias que garanticen el mejoramiento de la calidad de vida de esta población. Para tal efecto el Comité Consultivo deberá:</p> <p>c) Promover el diseño y puesta en marcha de campañas informativas y educativas, que propendan por la solidaridad y la corresponsabilidad de la familia y la sociedad frente a sus discapacitados;</p> <p>d) Proponer alternativas de complementación a la legislación existente para promover el bienestar de esta población;</p> <p>e) Propiciar la aplicación de recomendaciones de carácter internacional. Tales como las Declaraciones de Viena y de Cartagena, en torno a las políticas integrales de bienestar y al respeto por los derechos humanos de las personas discapacitadas;</p> <p><i>(Documento 30)</i></p> |

| | |
|--|---|
| <p>Decreto 2082 de noviembre 18 de 1996.</p> | <p>Por el cual se reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.</p> <p>Artículo 1. La educación de las personas con limitaciones ya sea de orden físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo o emocional y para las personas con capacidades o talentos excepcionales, hace parte del servicio público educativo y se atenderá de acuerdo con la Ley 115 de 1994, las normas que la reglamenten, las reglas establecidas en el presente decreto y las disposiciones que para el efecto dicten las entidades territoriales.</p> <p>Artículo 2. La atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, será de carácter formal, no formal e informal. Se impartirá a través de un proceso de formación en instituciones educativas estatales y privadas, de manera directa o mediante convenio, o de programas de educación permanente y de difusión, apropiación y respeto de la cultura, el ambiente y las necesidades particulares.</p> <p>Artículo 3. La atención educativa para las persona, con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, se fundamenta particularmente en los siguientes principios:</p> <p>Integración social y educativa. Por el cual esta población se incorpora al servicio público educativo del país, para recibir la atención que requiere, dentro de los servicios que regularmente se ofrecen, brindando los apoyos especiales de carácter pedagógico, terapéutico y tecnológico que sean necesarios.</p> <p>Artículo 4. Para el cumplimiento de los principios de la atención educativa a personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, definidos en el artículo anterior, el nivel nacional del sector público administrativo de la educación, integrado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto-ley 1953 de 1994, coordinadamente con las entidades territoriales, promoverá acciones educativas de prevención, desarrollo humano, fomento y formación para el trabajo, en las instituciones estatales y privadas que ofrezcan programas de atención a esta población.</p> <p>Artículo 5. Los programas ya organizados o que se organicen para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 6 del Decreto 1860 de 1994, sobre atención educativa al menor de seis (6) años, a través de las familias, la comunidad, las instituciones estatales y privadas, incluido el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, deberán incorporar mecanismos e instrumentos de atención e integración que permitan el acceso y beneficio de los niños en tales edades que presenten limitaciones o a quienes se les haya detectado capacidades o talentos excepcionales, en los términos del artículo 1º del presente decreto.</p> <p>Artículo 6. Los establecimientos educativos estatales y privados, deberán tener en cuenta lo dispuesto en el presente decreto, al proceder a elaborar el currículo, al desarrollar los indicadores de logros por conjunto de grados establecidos por el Ministerio de Educación Nacional y al definir los logros específicos dentro del respectivo proyecto educativo institucional, cuando atiendan personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.</p> <p>Artículo 10. El Gobierno Nacional y los gobiernos territoriales, impulsarán y</p> |
|--|---|

llevarán a cabo programas y experiencias de educación permanente y de difusión y apropiación de la cultura para la población con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, valiéndose de apoyos pedagógicos, comunicativos y tecnológicos apropiados a cada limitación o excepcionalidad, a través de los medios de comunicación social.

El Sistema Nacional de Educación Masiva, creado en el artículo 45 de la Ley 115 de 1994, incluirá acciones permanentes de educación informal que tengan como objetivo la atención a la población con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.

Artículo 12. Los departamentos, distritos y municipios organizarán en su respectiva jurisdicción, un plan de cubrimiento gradual para la adecuada atención educativa de las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.

Artículo 13. El plan gradual de atención a que se refiere el artículo 12 de este decreto, deberá incluir la definición de las instituciones educativas estatales que establecerán aulas de apoyo especializadas.

Podrá de manera alterna proponer y ordenar la puesta en funcionamiento de unidades de atención integral o semejantes, como mecanismo a disposición de los establecimientos educativos, para facilitarles la prestación del servicio educativo que brindan a los educandos con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, bajo la orientación de la dependencia departamental, distrital o municipal, a cuyo cargo está la dirección de la educación.

Artículo 14. Las aulas de apoyo especializadas se conciben como un conjunto de servicios, estrategias y recursos que ofrecen las instituciones educativas para brindar los soportes indicados en el inciso 32 del artículo 2 de este decreto que permitan la atención integral de los educandos con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.

Para integrar el componente humano de dichas aulas, las instituciones educativas podrán conformar equipos colaborativos o semejantes, integrados por docentes, padres de familia y otros miembros de la comunidad educativa que contarán con la asesoría de organismos y profesionales competentes para atender las discapacidades o las excepcionalidades.

El Gobierno Nacional apoyará financieramente a las entidades territoriales para el establecimiento de las aulas de apoyo especializadas definidas en el plan gradual regulado en los artículos 12 y 13 de este decreto, directamente o a través del sistema de cofinanciación, de acuerdo con los procedimientos, mecanismos y condiciones definidos por la Junta Directiva del Fondo de Inversión Social, FIS.

Artículo 15. Las unidades de atención integral se conciben como un conjunto de programas y de servicios profesionales que de manera interdisciplinaria, ofrecen las entidades territoriales, para brindar a los establecimientos de educación formal y no formal, estatales y privados, apoyos pedagógicos, terapéuticos y tecnológicos complementarios.

Estas unidades dispensarán primordial atención a las actividades de investigación, asesoría, fomento y divulgación, relativas a la prestación del

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>servicio educativo, para la población con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.</p> <p>Las secretarías de educación departamentales, distritales y municipales, organizarán el funcionamiento de estas unidades atendiendo los criterios técnicos y de recursos humanos que para el efecto otorgue el Ministerio de Educación Nacional y lo dispuesto en el presente decreto.</p> <p>Artículo 16. Los establecimientos educativos estatales adoptarán o adecuarán, según sea el caso, su proyecto educativo institucional, de manera que contemple las estrategias, experiencias y recursos docentes, pedagógicos y tecnológicos, necesarios para atender debidamente esta población.</p> <p>Artículo 21. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 92 de la Ley 60 de 1993, en armonía con el artículo 173 de la Ley 115 de 1994 y el artículo 12 de este decreto, la financiación de la atención educativa de la población con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, en los establecimientos educativos estatales, se hará con cargo al situado fiscal, a los recursos propios de los departamentos, distritos y municipios y demás transferencias que la Nación haga a las entidades territoriales para este efecto.</p> <p>Esta financiación deberá especificarse claramente en el plan territorial de desarrollo educativo y en sus correspondientes presupuestos.</p> <p>Artículo 22. Las personas de menores ingresos económicos con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales podrán acceder, directamente o a través de sus padres o tutores, a los subsidios, créditos, apoyos y estímulos establecidos en el artículo 103 de la Ley 115 de 1994 y a los programas y líneas de crédito educativo ofrecidos por el Instituto Colombiano de Crédito Educativo, Icetex.</p> <p>Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, atendiendo su competencia y el mandato de 4a Ley 115 de 1994, dentro de su autonomía, adoptarán igualmente, mecanismos de subsidio para apoyar instituciones, planes, programas y experiencias, orientadas a la adecuada atención educativa de las personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales, de bajos recursos económicos. (Documento 31)</p> |
| Decreto 276 de febrero 22 de 2000. | <p>Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 1997.</p> <p>Artículo 1. Modifícase el artículo 1° del Decreto 1068 de 1997, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 1. Conformación. El Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, es un organismo, asesor institucional de carácter permanente, para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado, estará coordinado por la Consejería Presidencial para la Política Social y conformado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministerio de Salud, quien lo presidirá. 2. Cinco (5) representantes de las organizaciones de y para limitados, los cuales tendrán la siguiente composición: un (1) representante de las organizaciones de ciegos, un (1) representante de las organizaciones para sordos, un (1) |

representante de las organizaciones de limitados físicos, un (1) representante de las organizaciones de padres de familia de limitados mentales o de responsables de limitados mentales, un (1) representante de las organizaciones de padres de familia de limitados.

3. Tres (3) representantes de las organizaciones académicas y/o científicas que tengan que ver con la materia, los cuales tendrán la siguiente composición: un (1) representante del Instituto Colombiano para la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas "Colciencias", la entidad que haga sus veces o le sustituya en sus funciones, un (1) representante de las asociaciones de colegios, un (1) representante de las Universidades.

4. Tres (3) representantes de personas jurídicas cuya capacidad de actuación gire en torno al objeto social previsto en la Ley, los cuales serán de representación Nacional y serán designados de los candidatos que presenten las mismas.

5. Un delegado de la Defensoría del Pueblo.

6. El Director del Fondo de Inversión Social, FIS, de la entidad que haga sus veces o le sustituya en sus funciones.

7. El Jefe de la Unidad de Inversión Social del Departamento Nacional de Planeación o la dependencia que las sustituya en el ejercicio de sus funciones.

8. Un Secretario Técnico, quien estará vinculado a la planta de personal de Ministerio de Salud y será designado por el Comité según propuesta que presente el Ministro de Salud.

Parágrafo 3. El período de duración de los representantes del Comité Consultivo Nacional, elegidos por convocatoria pública será de dos (2) años.”

Artículo 2. Modifícase el artículo 3° del Decreto 1068 de 1997, el cual quedará así:

“Artículo 3. Funciones del Comité Consultivo Nacional.

1. Recomendar las políticas en relación con las personas con limitación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6° y 7°, de la Ley 361 de 1997.

2. Verificar la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado.

3. Efectuar el seguimiento de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas tendientes a la integración social del limitado.

4. Velar por el cumplimiento de las disposiciones, principios y derechos establecidos y reconocidos en la ley.

5. Promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial, de conformidad con dispuesto en la ley y en el presente decreto.

6. Velar por la adopción de las medidas preventivas necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de la limitación, evitando de este modo consecuencias físicas y psicosociales posteriores de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 361 de 1997.”

Artículo 4. Sustitúyase el texto del artículo 5° del Decreto 1068 de 1997, con el siguiente:

“Artículo 5. Conformación y funciones de los grupos de enlace sectorial. En cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 4° y 6° de la Ley 361 de 1997, se conformarán grupos de enlace sectorial con los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Transporte, Desarrollo Económico, Comunicaciones, Hacienda y demás entidades y organismos que estime conveniente vincular, en los diferentes niveles territoriales, mediante la participación del sector público y privado, para el desarrollo de actividades de promoción y difusión de los derechos de las personas discapacitadas; prevención, habilitación, rehabilitación,

| | |
|---|--|
| | <p>educación, integración familiar, social, laboral y demás aspectos que resulten necesarios para el cumplimiento de la política de discapacidad.</p> <p>Dichos grupos cumplirán las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la armonización de la Política Nacional, concertando en el ámbito nacional y territorial, las alianzas estratégicas del gobierno, sector privado y la comunidad, que permitan el logro de las metas propuestas en el Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad. 2. Prestar asistencia técnica a las entidades territoriales en la formulación y ejecución de la Política de Atención a la Discapacidad. 3. Formular y elaborar los Planes de Atención a la Discapacidad, los cuales servirán de base para la formulación en esta materia del Plan Nacional de Desarrollo. 4. Desarrollar procedimientos y ajustes para la ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Nacional de Atención a la Discapacidad. 5. Elaborar y ejecutar los planes operativos anuales para el desarrollo del Plan Nacional de Atención a la Discapacidad. 6. Presentar informes de gestión trimestrales y generales anuales al Comité Consultivo Nacional para las Personas con Limitación.” <p><i>(Documento 32)</i></p> |
| <p>Decreto 641 de abril 16 de 2001.</p> | <p>Por el cual se reglamenta la Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales.</p> <p>Artículo 4. Clubes Deportivos. Los Clubes Deportivos de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, como organismos de derecho privado, estarán constituidos por afiliados, mayoritariamente deportistas, para fomentar y patrocinar la práctica de los deportes correspondientes a cada tipo de limitación, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre en el municipio o distrito, e impulsar programas de interés público y social de naturaleza deportiva.</p> <p>Para los efectos de este artículo, las Cajas de Compensación Familiar, los clubes sociales, los establecimientos educativos, los centros de rehabilitación, las organizaciones comunales, las asociaciones de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, las asociaciones de padres de familia o representantes legales de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, las empresas públicas o privadas, que desarrollen actividades deportivas organizadas, podrán actuar como clubes deportivos por cada tipo de limitación, sin que requieran cambiar su propia estructura orgánica, cumpliendo los requisitos a que se refiere el artículo séptimo de este Decreto.</p> <p>Artículo 7. Requisitos. Sin perjuicio de las formalidades y características que con fundamento en la libertad de asociación pueden adoptar las personas, para los efectos de participación deportiva y vinculación al Sistema Nacional del Deporte, los clubes descritos en los artículos anteriores requerirán para su funcionamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acta de constitución y listado de deportistas, debidamente identificados y con aceptación expresa de su afiliación y de participación en actividades deportivas organizadas ya sea por sí mismo o por su representante legal. En ningún caso el club deportivo tendrá menos de ocho (8) deportistas inscritos. Los clubes promotores podrán inscribir cualquier número plural de deportistas de diferente limitación. 2. Reglamento de funcionamiento. 3. Reconocimiento deportivo otorgado por el alcalde. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>Artículo 8. Ligas deportivas. Las ligas deportivas, como órganos de derecho privado, estarán constituidas como asociaciones o corporaciones por un número mínimo de clubes deportivos o de promotores o de ambas clases, para fomentar, patrocinar y organizar la práctica de deportes correspondientes a un mismo tipo de limitación, dentro del ámbito territorial del departamento o del Distrito Capital, según el caso, e impulsarán programas de interés público y social.</p> <p>Artículo 10. Afiliación. Las ligas deportivas y las asociaciones deportivas departamentales o del Distrito Capital de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, podrán afiliarse a la Federación Nacional del Deporte Asociado correspondiente a su tipo de limitación.</p> <p>Artículo 12. Federaciones Deportivas. Las Federaciones Deportivas Nacionales de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales como organismos de derecho privado, estarán constituidas por un número mínimo de ligas deportivas o de asociaciones deportivas o de clubes deportivos o de la combinación de cualquiera de los anteriores, para fomentar, patrocinar y organizar la práctica de deportes correspondientes a un mismo tipo de limitación, dentro del ámbito nacional, e impulsarán programas de interés público y social de naturaleza deportiva.</p> <p>Artículo 16. Comité Paralímpico Colombiano. El Comité Paralímpico Colombiano como organismo de derecho privado estará integrado por las Federaciones Deportivas Nacionales de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, que acrediten su afiliación a las respectivas federaciones internacionales. Para constituirse, el Comité Paralímpico requiere como mínimo del concurso de dos Federaciones Deportivas Nacionales. (Documento 33)</p> |
| Decreto 3093 de octubre 30 de 2003. | <p>Por el cual se reglamenta el parágrafo segundo del artículo 468-3 del Estatuto Tributario.</p> <p>Artículo 3. De cada uno de los montos distribuidos en los artículos anteriores, se destinará como mínimo un tres por ciento (3%) para atender los ítems señalados en el artículo 136 de la Ley 812 de 2003. (Documento 34)</p> |

2. No Vigentes

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|-----------------------------------|---|
| Decreto 1068 de abril 10 de 1997. | <p>Por el cual se reglamenta el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación.</p> <p>Artículo 1. El Comité Consultivo Nacional de las personas con limitación, como asesor institucional, de carácter permanente, está conformado de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministro de Salud, quien lo presidirá. 2. El Consejero Presidencial para la Política Social quien lo coordinará. 3. Cuatro (4) representante de las organizaciones de y para limitados, |

| | |
|--|---|
| | <p>seleccionados por las redes territoriales de apoyo a la rehabilitación e integración social.</p> <p>4. Un (1) representante de las Organizaciones de Padres de Familia de los Limitados, debidamente constituidas conforme a la ley, con trayectoria técnica de gestión.</p> <p>5. Tres (3) representantes seleccionados de la Asociación Colombiana de Universidades, (Ascún), el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas (Colciencias) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.</p> <p>6. Tres (3) representantes seleccionados de las personas jurídicas que presten servicios de rehabilitación e integración social.</p> <p>7. Un (1) delegado de la Defensoría del Pueblo.</p> <p>8. El Director del Fondo de Inversión Social FIS.</p> <p>9. El Jefe de la Unidad de Inversión Social del Departamento Nacional de Planeación (Jefe de la Unidad de Inversión y Finanzas Públicas).</p> <p>Artículo 3. Funciones del Comité Consultivo Nacional:</p> <p>1. Verificar la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado.</p> <p>2. Seguimiento de la puesta en marcha de las políticas, estrategias, y programas que garanticen la integración social del limitado.</p> <p>3. Velar por el debido cumplimiento de las disposiciones y principios establecidos en la ley.</p> <p>4. Promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial de conformidad con el artículo segundo de este decreto.</p> <p>5. Velar porque se tomen las medidas preventivas necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de limitación, evitando de este modo consecuencias psíquicas y psicosociales posteriores de conformidad con lo señalado en el artículo séptimo de la Ley 361 de 1967.</p> <p>6. Las demás señaladas por ley y los decretos posteriores que reglamenten la materia.</p> <p>Artículo 5. Funciones del Comité Ejecutivo:</p> <p>1. Canalizar de manera ágil las inquietudes, proyectos e iniciativas.</p> <p>2. Servir de órgano de apoyo inmediato para la toma de decisiones en el desarrollo de Integración Social de las personas con limitación.</p> <p>3. Las demás que le señale el Comité Consultivo Nacional.</p> <p><i>(Documento 35)</i></p> |
|--|---|

E. Resoluciones

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|---|--|
| Resolución 5261 de agosto 5 de 1994. Ministerio de Salud | <p>Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Artículo 2. Disponibilidad del servicio y acceso a los niveles de complejidad. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios</p> <p>Artículo 6. Inscripción obligatoria en las guías de atención integral. El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo este definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas.</p> <p>Artículo 33. Tratamiento para paciente crónico que sufre proceso patológico incurable. El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar.</p> <p>Artículo 52. Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las Guías de Atención Integral a grupos específicos, tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupacional, etc., las realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición , Terapia y otros. (Documento 36)</p> |
| <p>Resolución 2565 de octubre 24 de 2003. Ministerio de Educación Nacional.</p> | <p>Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales.</p> <p>Artículo 1. Ámbito de aplicación. La presente resolución se aplica a las secretarías de educación de los departamentos y de las entidades territoriales certificadas y a los establecimientos educativos estatales.</p> <p>Artículo 2. Organización del servicio. Los departamentos y las entidades territoriales certificadas definirán en la secretaría de educación, o en la instancia que haga sus veces, un responsable de los aspectos administrativos y pedagógicos para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales de su jurisdicción.</p> <p>Artículo 3. Organización de la oferta. Cada entidad territorial organizará la oferta educativa para las poblaciones con necesidades educativas especiales por su condición de discapacidad motora, emocional, cognitiva (retardo mental, síndrome down), sensorial (sordera, ceguera, sordoceguera, baja visión), autismo, déficit de atención, hiperactividad, capacidades o talentos excepcionales, y otras que como resultado de un estudio sobre el tema, establezca el Ministerio de Educación Nacional. La entidad territorial definirá cuales establecimientos educativos atenderán población con necesidades educativas especiales. Estos establecimientos incluirán en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) orientaciones para la adecuada atención de los estudiantes allí matriculados y deberán contar con los apoyos especializados</p> |

Artículo 4. Docentes y otros profesionales de apoyo. Los departamentos y las entidades territoriales certificadas al asignar educadores, profesionales en educación especial, psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, trabajo social, intérpretes de lengua de señas colombiana, modelos lingüísticos, etc., vinculados a la planta de personal como docentes o administrativos, para que desempeñen funciones de apoyo a la integración académica y social de los estudiantes con necesidades educativas especiales tendrán en cuenta que este personal debe acreditar experiencia mínima de dos años en la atención a esta población.

Artículo 5. Funciones de los docentes y otros profesionales de apoyo. Los departamentos y las entidades territoriales certificadas, deberán asignar a los docentes y otros profesionales de apoyo ubicados en las unidades de atención integral (UAI) y en los establecimientos educativos definidos por la entidad territorial, para atender población con necesidades educativas especiales, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Promover la integración académica y social de los estudiantes con necesidades educativas especiales a la educación formal.
- c) Asesorar a la comunidad educativa en la construcción, desarrollo y evaluación del Proyecto Educativo Institucional (PEI), en lo que respecta a la atención educativa de la población en mención.
- f) Proponer y desarrollar proyectos de investigación en las líneas de calidad e Innovación educativa y divulgar sus resultados y avances.
- g) Coordinar y concertar con el docente del nivel y grado donde está matriculado el estudiante, los apoyos pedagógicos que éste requiera, los proyectos personalizados y las adecuaciones curriculares pertinentes.
- h) Participar en las comisiones o comités de formación, evaluación y promoción.

Artículo 6. Asignación de docentes y otros profesionales de apoyo. La asignación de docentes y otros profesionales de apoyo se realizará por municipio, una vez establecida la cobertura total. Para tal fin se ubicarán en los establecimientos educativos definidos por la entidad territorial de acuerdo con el tipo de necesidad educativa especial que presenten los estudiantes matriculados. Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales. La entidad territorial revisará las hojas de vida y seleccionará las personas requeridas, de acuerdo con el perfil necesario y los siguientes parámetros:

- a) Por lo menos un docente o profesional de apoyo, en el establecimiento educativo donde haya un número igual o superior a diez (10) estudiantes con necesidades educativas especiales. Cuando el número de estudiantes sea menor se utilizarán estrategias como docentes o profesionales de apoyo itinerantes, programas en convenio intermunicipal, entre otros.

Artículo 7. Tamaño y composición de los grupos. En el caso de discapacidad intelectual y autismo, el porcentaje máximo de estudiantes integrados no deberá ser superior al diez por ciento (10%) del total de estudiantes por grupo.

Artículo 9. Formación de docentes. Los departamentos y las entidades territoriales certificadas orientarán y apoyarán los programas de formación permanente o en servicio de los docentes de las instituciones que atienden estudiantes con necesidades educativas especiales, teniendo en cuenta los requerimientos pedagógicos de estas poblaciones y de acuerdo con los planes de mejoramiento institucional y el Plan Territorial de Formación.

(Documento 37)

II. Instrumentos Internacionales

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|---|--|
| <p>Resolución 2856 de 1971. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (XXVI), 26 U.N. GAOR Supp. (No. 29) p. 93, ONU Doc. A/8429.</p> | <p>Declaración de los Derechos del Retrasado Mental.</p> <p>Proclama la presente Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el plano nacional o internacional para que sirvan de base y de referencia común para la protección de estos derechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos. 2. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes. 3. El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil. 4. De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal. 5. El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuanto esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes. 6. El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales. 7. Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores. <p><i>(Documento 38)</i></p> |
| <p>Resolución 37/52 de diciembre 3 de 1982. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Documento (A/37/51).</p> | <p>Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad.</p> <p>A. Objetivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El propósito del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad es promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico. <p>C. Definiciones</p> |

6. La Organización Mundial de la Salud, en el contexto de la experiencia en materia de salud, establece la distinción siguiente entre deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Deficiencia: Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano

8. Las personas con discapacidad no forman un grupo homogéneo. Por ejemplo, las personas con enfermedades o deficiencias mentales, visuales, auditivas o del habla, las que tienen movilidad restringida o las llamadas deficiencias médicas: todas ellas se enfrentan a barreras diferentes, de índole diferente y que han de superarse de maneras diferentes.

10. Prevención significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

D. Prevención

13. La estrategia de prevención es fundamental para reducir la incidencia de la deficiencia y de la discapacidad. Los principales elementos de tal estrategia serán diversos, según el estado de desarrollo del país de que se trate, y son los siguientes:

a) Las medidas más importantes para la prevención de la deficiencia son: supresión de la guerra; mejora de la situación educativa, económica y social de los grupos menos favorecidos; identificación de los tipos de deficiencias y de sus causas dentro de zonas geográficas definidas; introducción de medidas de intervención específicas gracias a mejores prácticas de nutrición; mejora de los servicios sanitarios, servicios de detección temprana y diagnóstico; atención prenatal y postnatal; educación apropiada en materia de cuidado sanitario, incluida la educación de los pacientes y los médicos, planificación familiar, legislación y reglamentación; modificación de los estilos de vida; servicios de empleo selectivo; educación relativa a peligros ambientales; y estímulo a una mejor información y al fortalecimiento de familias y comunidades

16. En toda labor de rehabilitación hay que centrarse siempre en las aptitudes de la persona, cuya integridad y dignidad deben respetarse. Ha de prestarse la máxima atención al proceso normal de desarrollo y maduración de los niños con deficiencias. Deben ser utilizadas las capacidades para el trabajo y otras actividades de los adultos con discapacidad.

18. Siempre que sea posible, se deben proporcionar servicios para las personas con deficiencias dentro de las estructuras sociales, sanitarias, educativas y laborales existentes en la sociedad. Estas comprenden todos los niveles de la atención sanitaria; educación primaria, secundaria y superior; programas generales de capacitación profesional y colocación en puestos de trabajo; medidas de seguridad social y servicios sociales.

F. Equiparación de oportunidades

21. Para lograr los objetivos de igualdad y plena participación no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia el individuo con deficiencias. La experiencia ha demostrado que es, en gran parte, el medio el que determina el efecto de una deficiencia o discapacidad sobre la vida diaria de la persona. Una persona se ve abocada a la minusvalía cuando se le niegan las oportunidades de que dispone en general la comunidad y que son necesarias para los aspectos fundamentales de la vida, incluida la vida familiar, la educación, el empleo, la

vivienda, la seguridad económica y personal, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y sexuales, el acceso a instalaciones públicas, la libertad de movimientos y el estilo general de la vida diaria.

22. A veces, las sociedades se ocupan sólo de las personas que están en plena posesión de todas sus facultades físicas y mentales. Las sociedades deben reconocer que, pese a los esfuerzos que se hagan en materia de prevención, siempre habrá un número de personas con deficiencias y discapacidades y que deben identificar y eliminar los obstáculos a la participación plena. Así, cuando es pedagógicamente factible, la enseñanza debe realizarse dentro del sistema escolar normal, el trabajo debe proporcionarse mediante empleo abierto, y la vivienda facilitarse en la misma forma que para la población en general.

25. El principio de la igualdad de derechos entre personas con y sin discapacidad significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación social y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo.

II. Situación Actual

A. Generalidades

37. Hay en el mundo actual un número grande y creciente de personas con discapacidad. La cifra estimada de 500 millones se ve confirmada por los resultados de encuestas a segmentos de población, unidos a las observaciones de investigadores experimentados. En la mayoría de los países, por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial, y la presencia de la discapacidad repercute de modo adverso en, al menos, el 25 por ciento de toda la población.

39. Según un estudio realizado por expertos, se estima que, por lo menos, 350 millones de personas con discapacidad viven en zonas donde no se dispone de los servicios necesarios para ayudarles a superar sus limitaciones. Una gran parte de las personas con discapacidad está expuesta a barreras físicas, culturales y sociales que obstaculizan su vida, aun cuando se disponga de ayuda para su rehabilitación.

40. El aumento del número de personas con discapacidad y su marginación social puede atribuirse a muchos factores. Entre ellos figuran:

- a) Las guerras y sus consecuencias y otras formas de violencia y destrucción; el hambre, la pobreza, las epidemias y los grandes movimientos de población.
- b) La elevada proporción de familias sobrecargadas y empobrecidas; hacinamiento e insalubridad en vivienda y condiciones de vida.
- c) Poblaciones con alto porcentaje de analfabetismo y escasa toma de conciencia en materia de servicios sociales básicos o de medidas sanitarias y educativas.
- d) Falta de conocimientos precisos sobre la discapacidad, sus causas, prevención y tratamiento; esto incluye la estigmatización, la discriminación y las ideas erróneas sobre la discapacidad.

- e) Programas inadecuados de asistencia y servicios de atención primaria de salud.

- f) Obstáculos, como la falta de recursos, las distancias geográficas y las barreras sociales, que impiden a mucha gente beneficiarse de los servicios disponibles.

- g) La canalización de recursos a servicios muy especializados, que son irrelevantes para las necesidades de la mayoría de las personas que requieren ayuda.

- h) Falta absoluta, o situación deficiente, de la infraestructura de servicios relativos a asistencia social, sanidad, educación, formación profesional y empleo.

- i) La baja prioridad concedida, en el contexto del desarrollo social y económico, a las actividades relativas a equiparación de oportunidades, prevención de deficiencias y su rehabilitación.
- j) Los accidentes en la industria, la agricultura o en relación con los transportes.
- k) Los terremotos y otras catástrofes naturales.
- l) La contaminación del medio ambiente.
- m) El estado de tensión y otros problemas psicosociales que entraña el paso de una sociedad tradicional a una moderna.
- n) El uso imprudente de medicamentos, el empleo indebido de sustancias terapéuticas y el uso ilícito de drogas y estimulantes.
- o) El tratamiento incorrecto de los lesionados en momentos de catástrofe, que puede ser la causa de deficiencias evitables.
- p) La urbanización y el crecimiento demográfico y otros factores indirectos.

1. Las discapacidades en los países en desarrollo

43. Es preciso poner especialmente de relieve los problemas de las discapacidades en los países en desarrollo. Nada menos que el 80 por ciento del total de las personas con discapacidad viven en zonas rurales aisladas de dichos países. En algunos de éstos, la proporción de personas con discapacidad se calcula en hasta un 20 por ciento y, si se incluyen familias y parientes, los efectos adversos de la discapacidad pueden afectar al 50 por ciento de la población

C. Rehabilitación

57. Ha habido una evolución tanto en el contenido como en el espíritu de las actividades que se describen como rehabilitación. En la práctica tradicional, se considera la rehabilitación como un conjunto de terapias y servicios proporcionados a las personas con deficiencias en un marco institucional, a menudo bajo autoridad médica. Esto se viene sustituyendo gradualmente por programas que, aunque siguen proporcionando esos servicios profesionales médicos, sociales y pedagógicos, incorporan también a las comunidades y las familias y les ayudan en su apoyo a los esfuerzos de sus miembros con discapacidad para superar los efectos discapacitantes de las deficiencias dentro de un ambiente social normal.

D. Equiparación de oportunidades

60. Los derechos de las personas con discapacidad a participar en sus sociedades respectivas pueden hacerse realidad, primordialmente, mediante una acción política y social.

61. Muchos países están tomando medidas importantes para eliminar o reducir las barreras que se oponen a la plena participación. En muchos casos, se han promulgado disposiciones legislativas encaminadas a salvaguardar los derechos y las oportunidades de las personas con discapacidad en lo tocante a la asistencia a la escuela, al empleo y al acceso a los servicios e instalaciones de la comunidad, a eliminar las barreras naturales y físicas y a proscribir la discriminación en contra de las personas con discapacidad. Se registra una tendencia a salir de la vida en centros institucionales para acceder a una vida basada en la comunidad. En algunos países, tanto desarrollados como en desarrollo, se va poniendo cada vez más empeño en que la escolaridad sea de enseñanza abierta, con la consiguiente reducción de instituciones y de escuelas especializadas.

1. Educación

64. Por lo menos, el 10 por ciento de los niños tienen discapacidad. Estos niños

tienen el mismo derecho a la educación que los demás y requieren una acción dinámica y servicios especializados. No obstante, en los países en desarrollo la mayoría de los niños con discapacidad no reciben educación especial ni convencional.

67. En el campo de la educación especial, se han logrado avances importantes en las técnicas didácticas y se han aplicado valiosas innovaciones, y es mucho lo que aún se puede hacer para la educación de las personas con discapacidad. Pero los progresos se limitan sólo a un número muy reducido de países y centros urbanos.

2. Empleo

69. Se niega empleo a muchas personas con discapacidad o sólo se les da trabajo servil y mal remunerado. Y ello es así a pesar de que se ha demostrado que, con una adecuada labor de valoración, capacitación y empleo, la mayor parte de las personas con discapacidad puede realizar una amplia gama de tareas conforme a las normas laborales existentes.

3. Cuestiones sociales

71. La plena participación en las unidades básicas de la sociedad -esto es, la familia, el grupo social y la comunidad- es la esencia de la experiencia humana. El derecho a iguales oportunidades de participación está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y se debe aplicar a todas las personas, sin excluir a las que tienen discapacidad. Pero, en realidad, se suele negar a éstas la oportunidad de participar plenamente en las actividades del sistema sociocultural en que viven. La exclusión se produce por barreras físicas y sociales, nacidas de la ignorancia, la indiferencia y el temor.

74. Debido a estas barreras, suele ser difícil o imposible que las personas con discapacidad tengan relaciones estrechas e íntimas con otras personas. Es frecuente que las personas calificadas de discapacitadas queden al margen del matrimonio y la paternidad, incluso cuando no existe una limitación funcional al respecto. Actualmente se reconoce cada vez más que las personas con deficiencia mental necesitan de las relaciones personales y sociales, incluso de las sexuales.

III. Propuestas para la ejecución del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad

A. Introducción

Los objetivos del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad consisten en promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y el logro de los objetivos de "igualdad" y "plena participación" de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Al aplicar el Programa de Acción Mundial, ha de prestarse la debida atención a la situación especial de los países en desarrollo y, en particular, a la de los menos adelantados. La inmensidad de la tarea de mejorar las condiciones de vida de toda la población y la escasez general de recursos hacen que el logro de los objetivos del Programa de Acción Mundial resulte más difícil en estos países.

87. A los gobiernos nacionales incumbe la responsabilidad última de la aplicación de las medidas que se recomiendan en este apartado. Sin embargo, dadas las diferencias constitucionales entre países, las autoridades locales y otras entidades de los sectores público y privado estarán llamadas a aplicar las medidas nacionales contenidas en el Programa de Acción Mundial.

90. Para instrumentar el Programa de Acción Mundial, los Estados Miembros habrán de:

- a) Planificar, organizar y financiar actividades en cada nivel.
- b) Crear, mediante la legislación adecuada, las bases jurídicas y las competencias necesarias para la adopción de medidas orientadas al logro de los objetivos.
- c) Proporcionar oportunidades, mediante la eliminación de barreras a la plena participación.
- d) Ofrecer servicios de rehabilitación, mediante la prestación a las personas con deficiencia de asistencia social, nutricional, médica, docente y de orientación y formación profesional, así como ayudas técnicas.
- e) Establecer o movilizar las pertinentes organizaciones públicas o privadas.
- f) Prestar apoyo a la creación y desarrollo de organizaciones de personas con discapacidad.
- g) Preparar la información pertinente sobre los puntos del Programa de Acción Mundial y difundirla entre todos los sectores de la población, incluyendo las personas con discapacidad y sus familiares.
- h) Promover la educación del público, a fin de conseguir una comprensión amplia de las cuestiones clave del Programa de Acción Mundial y su ejecución.
- i) Facilitar la investigación sobre asuntos relacionados con el Programa de Acción Mundial.
- j) Promover la asistencia y la cooperación técnicas respecto al Programa de Acción Mundial.
- k) Facilitar la participación de las personas con discapacidad y de sus organizaciones en las decisiones relacionadas con el Programa de Acción Mundial.

4. Equiparación de oportunidades

108. Los Estados Miembros deben asumir la responsabilidad de que se ofrezcan a las personas con discapacidad iguales oportunidades que al resto de los ciudadanos.

109. Los Estados Miembros deben adoptar las medidas necesarias para eliminar cualquier práctica discriminatoria respecto a la discapacidad.

128. Los Estados Miembros deben adoptar una política y disponer de una estructura auxiliar de servicios, para que las personas con discapacidad de las zonas urbanas y rurales gocen de iguales oportunidades de empleo productivo y remunerado en el mercado laboral abierto.

135. Los Estados Miembros deben procurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de utilizar al máximo sus posibilidades creadoras, artísticas e intelectuales, no sólo para su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la comunidad. Con este objeto, debe asegurarse su acceso a las actividades culturales.

Si es necesario, deben realizarse adaptaciones especiales para satisfacer las necesidades de las personas con deficiencia mental o sensorial. Esto podría incluir ayudas de comunicación para sordos, literatura en braille y casetes para las personas con deficiencia visual, y material de lectura adaptado a la capacidad mental del individuo. La esfera de las actividades culturales comprende la danza, la música, la literatura, el teatro y las artes plásticas.

E. Control y evaluación

194. Es fundamental que se haga una evaluación periódica de la situación, en lo que concierne a las personas con discapacidad, y que se establezca una pauta para analizar los acontecimientos. El tema del Año Internacional para las Personas con Discapacidad, Igualdad y plena participación, sugiere los criterios principales para la evaluación del Programa de Acción Mundial. El control y la

| | |
|---|--|
| | <p>evaluación deberán efectuarse en forma periódica, tanto en el plano internacional y regional como en el plano nacional. Los indicadores de evaluación debe escogerlos el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas, en consulta con los Estados Miembros, los organismos competentes de las Naciones Unidas y otras organizaciones. (Documento 39)</p> |
| <p>Viena, 14 a 25 de junio de 1993.</p> | <p>Declaración y Programa de Acción de Viena.</p> <p>1. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirma el solemne compromiso de todos los Estados de cumplir sus obligaciones de promover el respeto universal, así como la observancia y protección de todos los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todos de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, otros instrumentos relativos a los derechos humanos y el derecho internacional. El carácter universal de esos derechos y libertades no admite dudas.</p> <p>13. Es indispensable que los Estados y las organizaciones internacionales, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, creen condiciones favorables, en los planos nacional, regional e internacional, para el disfrute pleno y efectivo de los derechos humanos. Los Estados deben eliminar todas las violaciones de los derechos humanos y sus causas, así como los obstáculos que se opongan a la realización de esos derechos.</p> <p>21. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, acogiendo con beneplácito la pronta ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño por un gran número de Estados y tomando nota de que en la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y en el Plan de Acción adoptados por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se reconocen los derechos humanos del niño, encarece la ratificación universal de la Convención para 1995 y su efectiva aplicación por los Estados Partes mediante la adopción de todas las medidas legislativas, administrativas o de otro tipo necesarias, y la asignación del máximo posible de recursos disponibles. La no discriminación y el interés superior del niño deben ser consideraciones primordiales en todas las actividades que conciernan a la infancia, teniendo debidamente en cuenta la opinión de los propios interesados.</p> <p>22. Es menester prestar especial atención a la no discriminación y al disfrute, en igualdad de condiciones, por parte de los discapacitados de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluida su participación activa en todos los aspectos de la sociedad.</p> <p>33. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reitera el deber de los Estados, explicitado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos, de encauzar la educación de manera que se fortalezca el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La Conferencia destaca la importancia de incorporar la cuestión de los derechos humanos en los programas de educación y pide a los Estados que procedan en consecuencia. La educación debe fomentar la comprensión, la tolerancia, la paz y las relaciones de amistad entre las naciones y entre los grupos raciales o religiosos y apoyar el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas encaminadas al logro de esos objetivos.</p> <p>63. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirma que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales, por lo que comprenden sin reservas a las personas con discapacidades. Todas las personas nacen iguales y tienen el mismo derecho a la vida y al bienestar, a la educación y</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>al trabajo, a vivir independientemente y a la participación activa en todos los aspectos de la sociedad. Por tanto, cualquier discriminación directa u otro trato discriminatorio negativo de una persona discapacitada es una violación de sus derechos. La Conferencia pide a los gobiernos que, cuando sea necesario, adopten leyes o modifiquen su legislación para garantizar el acceso a estos y otros derechos de las personas discapacitadas.</p> <p>64. El lugar de las personas discapacitadas está en todas partes. A las personas con discapacidades debe garantizárseles la igualdad de oportunidades mediante la supresión de todos los obstáculos determinados socialmente, ya sean físicos, económicos, sociales o psicológicos, que excluyan o restrinjan su plena participación en la sociedad.</p> <p><i>(Documento 40)</i></p> |
| <p>Resolución 1296 de junio 9 de 1995. Asamblea General de la Organización de Estados Americanos OEA. AG/RES. 1296 (XXIV-O/94).</p> | <p>Situación de los Discapacitados en el Continente Americano.</p> <p>Considerando que en América Latina y en la región del Caribe hay más de 60 millones de personas discapacitadas que, junto a sus familias, sufren la falta de integración económica o social, resuelve:</p> <p>1. Instar a los Estados miembros a cooperar en la adopción de medidas concretas para mejorar la salud de los discapacitados, integrarlos a la sociedad con el pleno ejercicio de sus derechos y deberes, identificar los riesgos que dan lugar a la discapacidad y prevenir la discapacidad.</p> <p>4. Encomendar al Consejo Permanente que, por medio de un grupo de trabajo, continúe con el estudio del tema relativo al proyecto de Convención Interamericana para la Eliminación de la Discriminación por Razones de Discapacidad y someta un informe a la Asamblea General en su vigésimo sexto período ordinario de sesiones.</p> <p><i>(Documento 41)</i></p> |
| <p>Resolución de Junio 5 de 1996. Asamblea General de la Organización de Estados Americanos OEA. Resolución aprobada en la sexta sesión plenaria.</p> | <p>Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano.</p> <p>2. Manifiestar su más firme y decidido compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad y la necesidad de que se mejoren los servicios y se ofrezcan mayores oportunidades para las personas con discapacidad en el continente americano.</p> <p>3. Recomendar a los Estados miembros que dentro de sus posibilidades, intensifiquen sus esfuerzos a fin de crear oportunidades equitativas para las personas con discapacidad en los servicios de salud, educación y capacitación, así como oportunidades de empleo y de vida independiente y, en general, facilidades para que se integren y contribuyan plenamente a la sociedad en forma productiva.</p> <p>7. Solicitar a la Secretaría General que, con el fin de evitar duplicación de esfuerzos, siga coordinando con la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Interamericano del Niño las estrategias y programas en favor de las personas con discapacidad y además que coordine con el Banco Interamericano de Desarrollo con el propósito de mejorar los programas y servicios para personas con discapacidad en los Estados americanos.</p> <p><i>(Documento 42)</i></p> |
| <p>Resolución 2000/51 de abril 25 de 2000, de la</p> | <p>Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad.</p> <p>1. Reconoce que cualquier violación del principio fundamental de igualdad y</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas</p> | <p>cualquier discriminación o diferencia negativa de trato de las personas con discapacidad que contravenga las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad vulnera los derechos humanos de esas personas;</p> <p>2. Exhorta al Secretario General a que mantenga la integridad de los programas del sistema de las Naciones Unidas relativos a las personas con discapacidad, incluido el Fondo Voluntario de las Naciones Unidas para los Impedidos, con objeto de promover los derechos y la igualdad de oportunidades y la plena inclusión en la sociedad de las personas con discapacidad;</p> <p>9. Alienta a los gobiernos a que apoyen a las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad de conformidad con la Norma 18ª de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad;</p> <p>13. Insta a los gobiernos a que, con la cooperación y asistencia de organizaciones competentes, apliquen las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, teniendo en cuenta en particular las necesidades de las mujeres, los niños y las personas con discapacidades psiquiátricas y de desarrollo, a fin de salvaguardar su dignidad humana e integridad;</p> <p>19. Alienta la elaboración de programas para las personas con discapacidad que les permitan desarrollar sus posibilidades de participar plenamente en todos los aspectos de la vida social;</p> <p>22. Insta al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y a todas las instituciones intergubernamentales dedicadas a la cooperación para el desarrollo a que integren las medidas relacionadas con la discapacidad en sus actividades principales;</p> <p>24. Alienta a los gobiernos a que procuren desarrollar políticas y prácticas apropiadas de educación para los niños y los adultos con discapacidad, a que incluyan a las personas con discapacidad en las estrategias y los planes destinados a erradicar la pobreza, promover la educación y mejorar el empleo, y a que tengan en cuenta el derecho de las personas con discapacidad a la vivienda, la protección, el transporte y los equipos especiales;</p> <p>26. Invita a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a que reúnan y compilen información y datos pertinentes sobre las personas con discapacidad para ayudar en la formulación de políticas eficaces que traten de los problemas de la igualdad;</p> <p><i>(Documento 43)</i></p> |
| <p>Junio 25 de 2002, Organización de las Naciones Unidas, Comisión Nacional de Derechos Humanos de México.</p> | <p>Normas Uniformes de la ONU sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.</p> <p>1. Mayor toma de conciencia. Los Estados deben adoptar medidas para hacer que la sociedad tome mayor conciencia de las personas discapacitadas, sus derechos, sus necesidades, sus posibilidades y su contribución.</p> <p>2. Atención médica. Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas discapacitadas.</p> <p>3. Rehabilitación. Los Estados deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas discapacitadas a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.</p> <p>5. Posibilidades de acceso. Los Estados deben reconocer la importancia global de las posibilidades de acceso dentro del proceso de lograr la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad. Para las personas</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>discapacitadas de cualquier índole, los Estados deben: (a) establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible, y (b) adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación.</p> <p>6. Educación. Los Estados deben reconocer el principio de la igualdad de oportunidades de educación en los niveles primario, secundario y superior para los niños, los jóvenes y los adultos discapacitados en entornos integrados, y deben velar por que la educación de las personas discapacitadas constituya una parte integrante del sistema de enseñanza.</p> <p>7. Empleo. Los Estados deben reconocer el principio de que las personas discapacitadas deben estar facultadas Cuadro general de las Normas Uniformes de la ONU sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad para ejercer sus derechos humanos, en particular en materia de empleo. Tanto en las zonas rurales como en las urbanas debe haber igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado de trabajo.</p> <p>11. Actividades recreativas y deportivas. Los Estados deben adoptar medidas encaminadas a asegurar que las personas discapacitadas tengan igualdad de oportunidades para realizar actividades recreativas y deportivas.</p> <p>15. Legislación. Los Estados tienen la obligación de crear las bases jurídicas para la adopción de medidas encaminadas a lograr los objetivos de la plena participación y la igualdad de las personas discapacitadas. (Documento 44)</p> |
|--|--|

III. Documentos Técnicos

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|--|
| Departamento Nacional de Planeación Bogotá D.C., enero 25 de 1995. | <p>Documento CONPES 2761. Política de Prevención y Atención a la Discapacidad 1995-1998</p> <p>I. Introducción. Este documento somete a consideración del CONPES la política de prevención y atención a la población discapacitada, cuyos objetivos fundamentales son el mejoramiento de la calidad de vida de esta población y el logro de su integración social y económica. El desarrollo de esta política requiere de la participación de las entidades gubernamentales del orden nacional y territorial, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, los discapacitados y sus familias. La coordinación de esta política estará a cargo de la Vicepresidencia de la República. De acuerdo con definiciones internacionales se consideran como discapacitados aquellas personas que tiene restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La causa de la discapacidad es una deficiencia, pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica⁷.</p> <p>II. Contexto de la Política: La Constitución Política establece el principio de la no discriminación, reconoce las obligaciones del Estado para con los discapacitados y define el marco para desarrollos legislativos posteriores. La prevención es primordial para reducir la incidencia de la discapacidad, muchas de cuyas causas se pueden prevenir. La adopción de medidas preventivas como el control de accidentes, el control pre y</p> |

post-natal, el mejoramiento de las prácticas nutricionales, el fortalecimiento de acciones educativas en salud y el mejoramiento de los servicios sanitarios, disminuyen la incidencia de la discapacidad y evitan consecuencias físicas y psicosociales que pueden llevar hasta la minusvalía. La rehabilitación tiene como fin la recuperación de la funcionalidad y la integración educacional, laboral y social de quienes presentan discapacidad¹⁰. La equiparación de oportunidades conduce a eliminar la discriminación de la población discapacitada y busca el acceso igualitario tanto a los espacios físicos como a los educativos, laborales y culturales, permitiendo mayores niveles de autonomía e independencia de las personas discapacitadas.

III. Diagnóstico:

Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 7% y el 12% de la población total del mundo está afectada por algún tipo de discapacidad física, síquica o sensorial. En Colombia, como en otros países, se carece de información confiable con respecto al total de la población con discapacidad. Sin embargo, existen algunos datos parciales provenientes de ONG que trabajan con la población discapacitada y de las Encuestas de Hogares. Un estudio piloto en 28 municipios del país, resalta que la mayoría de la población discapacitada se halla excluida de cualquier sistema de seguridad social. Sólo 7.8% de los discapacitados está afiliado al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud. Un alto porcentaje de la población con limitaciones no tiene acceso a los servicios sociales.

IV. Programas:

La política de prevención y atención a los discapacitados que se presenta en este documento busca formular un marco integral para los programas encaminados a mejorar las condiciones de vida de esta población, propiciando acciones que permitan su integración social, económica y educativa.

A. Educación:

Los programas educativos son el mecanismo más efectivo para la integración social de las personas discapacitadas. La Ley 115 de 1994 desarrolla el principio constitucional de no discriminación y establece que la educación para personas con limitaciones físicas, sensoriales y síquicas es parte integral del servicio público educativo. En desarrollo de la Ley 115, el Gobierno Nacional promoverá la integración de la población discapacitada a las aulas regulares en establecimientos educativos que organicen, directamente o por convenio con entidades gubernamentales y no gubernamentales, las acciones pedagógicas necesarias para integrar académica y socialmente a los discapacitados, en el marco de su Proyecto Educativo Institucional (PEI).

B. Salud y Seguridad Social:

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad darán especial atención a la disminución de la discapacidad o la probabilidad de su ocurrencia. Dichos programas se realizarán a través del Plan de Atención Básica, que incluye acciones específicas como nutrición, inmunización y control de agentes transmisores, así como programas educativos y comunitarios para prevenir la presencia de comportamientos violentos, disminuir la accidentalidad y el abuso de sustancias nocivas.

C. Integración laboral:

La participación laboral del discapacitado debe entenderse como un componente del enfoque global del proceso de rehabilitación. Con el fin de impulsar acciones

que contribuyan a que las personas discapacitadas alcancen los mayores niveles posibles de autonomía e independencia personal, se promoverá el acceso a los servicios de orientación vocacional, capacitación técnica y profesional, y empleo.

El SENA realizará acciones de promoción de sus cursos de formación profesional entre la población discapacitada, y facilitará el acceso de dicha población a los diferentes programas de formación. Con el fin de fomentar el empleo de personas con discapacidad, el Gobierno Nacional apoyará iniciativas legislativas que incentiven la vinculación laboral de los discapacitados. Así mismo, el Ministerio de Trabajo reglamentará los criterios técnicos de evaluación para calificar la invalidez, identificando los niveles de incapacidad que permiten a las personas mantener una vinculación laboral.

E. Investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas:

En el marco del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, se apoyará a las universidades, centros de investigación, científicos e investigadores interesados en el área de la discapacidad, para que tengan acceso a recursos de investigación conducentes al desarrollo, adaptación y difusión de tecnologías apropiadas, orientadas primordialmente a la integración social y económica de los discapacitados.

V. Estructura Institucional:

La atención a la población discapacitada se desarrollará en el marco de la estructura institucional vigente, que prevé responsabilidades específicas de los entes del Estado²⁰ en relación con dicha población, bajo la coordinación de la Vicepresidencia de la República. Contará con el apoyo del Comité Consultivo Nacional de la Discapacidad cuya función será asesorar a la Vicepresidencia en el desarrollo de la política de prevención y atención a la discapacidad. Estará integrado por miembros designados por el Vicepresidente de la República, así: cuatro representantes de organizaciones de y para discapacitados, un representante de organizaciones de padres de familia de discapacitados, un representante de organizaciones académicas, y un delegado de la Defensoría del Pueblo.

VII. Recomendaciones:

5. Solicitar al Ministerio de Salud presentar a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social una propuesta de ampliación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, de manera que a los discapacitados beneficiarios del Régimen Subsidiado se les garanticen los servicios de tratamiento y rehabilitación. De la misma manera, definir con el mismo Consejo las atenciones a las que tendrán acceso los discapacitados pobres no afiliados (vinculados) al Régimen de Seguridad Social en Salud y los afiliados al Régimen Subsidiado.

7. Solicitar al Ministerio Trabajo y Seguridad Social:

a) Reglamentar criterios técnicos de evaluación para calificar la invalidez, identificando los niveles de incapacidad que permiten a las personas mantener una vinculación laboral, en concordancia con la ley 100 de 1993.

b) Definir las condiciones de incorporación de los trabajadores independientes al sistema general de riesgos profesionales.

8. Solicitar al SENA apoyar y financiar las diferentes acciones propuestas para que las personas discapacitadas tengan acceso a los servicios de orientación y formación profesional.

(Documento 45)

| | |
|--|--|
| <p>Documento presentado por los ministerios de Salud, Educación, Cultura, Comunicaciones, Desarrollo, Transporte, Hacienda, Trabajo, Defensa Nacional, Comercio Exterior; La Red de Solidaridad Social, los Institutos Adscritos y Vinculados, Las Redes Territoriales de Apoyo a la Habilitación /Rehabilitación. Andrés Pastrana Arango, Presidente de la República de Colombia 1998 – 2002.</p> | <p>Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002 Colombia</p> <p>I. Introducción:</p> <p>Con un profundo espíritu democrático y en cumplimiento de sus compromisos señalados en las “Bases del Plan de Desarrollo” titulado Cambio para construir la paz, la Administración del señor Presidente de la República, doctor Andrés Pastrana, presenta a los colombianos, el documento que se constituye en el Plan Nacional de Atención a la Población con Discapacidad (PNAPD).</p> <p>El PNAPD recoge las propuestas que presentó al país, en materia de la atención a la población con limitaciones físicas, sensoriales y mentales, la Alianza por el Cambio, el movimiento amplio de colombianos y colombianas de todas las tendencias que respaldó la candidatura del doctor Pastrana a la Presidencia de la República. El plan desarrolla ocho líneas estratégicas transversales que corresponden a: sistema de información; plantación, oferta de servicios y desarrollo tecnológico; asistencia técnica; comunicación y cultura; cooperación técnica; investigación; reglamentación y protección jurídica y evaluación y seguimiento. Estas líneas le permitirán a los alcaldes y gobernadores, incluir en los planes de desarrollo acciones que faciliten ajustar los recursos y las decisiones de la comunidad a las soluciones de su problemática local.</p> <p>De otro lado, el Plan establece áreas de acción para prevenir la discapacidad, fortalecer los servicios de habilitación y rehabilitación, alcanzar la integración familiar, educativa, laboral y social, facilitar la accesibilidad al deporte, la recreación, la cultura, y el turismo, así como al espacio público, las comunicaciones y el transporte. Se revisará el Sisbén y las tasas impositivas con el fin de reconocer los mayores costos en que incurre una familia con uno de sus miembros discapacitado y se crearán incentivos para la contratación laboral de esta población. Así mismo se incluirá a la comunidad discapacitada dentro del sistema de información de empleo del Sena y esta misma entidad proveerá cursos de capacitación para el trabajo con discapacitados en el área en que las empresas lo requieran</p> <p>II. Antecedentes:</p> <p>Sin desconocer la normatividad expedida antes de 1980, en la historia reciente del país los eventos que marcaron el inicio de los desarrollos intersectoriales actuales en la atención a la población con discapacidad, se remontan a la creación del Sistema Nacional de Rehabilitación, Decreto 2358/81; las normas sobre Educación, Reeducción, Readaptación y Reubicación Laboral, Ley 50/88 y Decreto 2177/89; el Código del Menor Decreto Ley 2737/89, la Política de Prevención y Atención a la Discapacidad (Documento Conpes 2761/95 – Vicepresidencia de la República-), así como las recomendaciones de los organismos internacionales (Naciones Unidas, OMS, OIT, Declaración de Cartagena de Indias; Declaración de Salamanca, etc.).</p> <p>III. Diagnóstico Situacional de la Discapacidad:</p> <p>3.1 ¿Que significa discapacidad?</p> <p>La OMS y los países miembros han propuesto un modelo de consecuencias permanentes de las enfermedades, los accidentes, los desastres y la edad adoptado por Colombia. (Manual Único para la calificación de la Invalidez Decreto 692 – 1436 de 1995).</p> <p>Deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función</p> |
|--|--|

psicológica, mental, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social.

Refleja las consecuencias de las deficiencias en el rendimiento fundamental de la actividad cotidiana de la persona: en la ejecución de tareas, actitudes y conductas.

Puede ser transitoria o definitiva, reversible o irreversible, progresiva o regresiva.

3.2 ¿Cuánta es la población con discapacidad?

En Colombia se carece de un registro sistemático confiable del evento de deficiencia, discapacidad y minusvalía relacionadas con el total de la población. Se ha convertido en un problema de salud pública de proporciones crecientes, debido a la tendencia de la violencia generalizada y al desarrollo socioeconómico, técnico y demográfico. El primero de los estudios que se integra a estos antecedentes, es el practicado por el DANE en 1993. Aunque no son datos confiables, dadas las dificultades en la interpretación de la pregunta, el censo nacional realizado nos suministra la siguiente información sobre discapacidad.

Población total = 32.132.720 habitantes.

Población con discapacidad 593.546

3.5 Situación de la población con discapacidad en el sector educativo:

El estudio del Sistema Nacional de Información sobre la Discapacidad, el cual se realizó en 38 ciudades entre 1996-1997, adoptó un muestreo poblacional representativo de los estratos 1, 2 y 3 de cada ciudad. Este estudio fue realizado por el Ministerio de Educación Nacional y presenta la siguiente información general: Población objeto: 60.924. Población con discapacidad: 14.479. Población no discapacitada: 46.445. Los anteriores estudios nos demuestran un problema de salud pública grave creciente. Sin embargo no se encuentra una estadística unificada y confiable que permita conocer con certeza la cantidad de personas con limitaciones físicas, sensoriales y mentales que existen en Colombia.

IV. El Plan:

4.1. Principios:

De manera general el Plan se guía por el respeto de los derechos fundamentales del individuo y el reconocimiento a los derechos sociales, económicos, culturales y del ambiente establecidos por la Carta Constitucional.

4.2. Características del plan:

El Plan se apoya en el compromiso político establecido en la Ley 361/97, que ordena la intervención activa de todos los niveles competentes de la administración y en la participación co-responsable de las ONG`s involucradas en el tema de Discapacidad.

4.3. Estrategias comunes:

La Ley 361/97 establece que las distintas administraciones, tanto del orden nacional como territorial, incluirán en sus planes de desarrollo económico y social, programas y proyectos que permitan la financiación y el desarrollo adecuado de las distintas disposiciones contenidas en la Ley y con la participación de las corporaciones públicas y privadas del país.

4.7. Objetivo específico de las áreas de acción:

-Prevención: Reducir la frecuencia de discapacidad para moverse, comunicarse, ocuparse y relacionarse social y productivamente en todos los grupos de edad.

-Habilitación Rehabilitación: Detectar, evaluar, atender y brindar el apoyo tecnológico rápida y oportunamente para prevenir la discapacidad y mantener el

| | |
|---|--|
| | <p>máximo de autonomía personal en todos los grupos de edad.</p> <p>-Educación: Garantizar en forma gradual que todas las personas con limitaciones accedan, permanezcan y se promocionen en condiciones de igualdad, en el servicio público educativo.</p> <p>-Integración Familiar y Social: Generar procesos participativos y comunitarios para potencializar redes de apoyo familiar e institucional.</p> <p>-Integración laboral y social: Mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación profesional y fomentar la reubicación laboral de las personas rehabilitadas profesionalmente en las empresas afiliadas al S.G.R.P.</p> <p><i>(Documento 46)</i></p> |
| <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, Proyecto Diseño y Validación del Sistema Nacional de Estadística sobre la Discapacidad, Bogotá, Noviembre de 2002.</p> | <p>Introducción.</p> <p>Los requerimientos de información estadística sobre discapacidad que las entidades públicas y privadas están demandando actualmente, aumentan de manera considerable; estas necesidades hacen relación al soporte estadístico necesario para la formulación de planes, programas y proyectos a corto, mediano y largo plazo, como apoyo técnico al desarrollo social y la implementación del Plan Nacional de Atención a las personas con Discapacidad - PNAD.</p> <p>Para conocer el estado de la información estadística sobre discapacidad, el DANE inició un trabajo de exploración sobre oferta y demanda entre aquellas entidades que tienen algún tipo de vinculación con el PNAD y cuya sede se encuentra en la ciudad de Bogotá; la elaboración preliminar del Directorio Institucional se realizó identificando estas entidades mediante la referencia que de ellas se tenía al interior del PNAD. Parte de la encuesta sobre la información estadística, se dirigió a identificar la cobertura geográfica y poblacional, la identificación de variables, los cruces de información, las estadísticas producidas y las fuentes de información más empleadas.</p> <p>1. Concepción del problema:</p> <p>1.1. Antecedentes:</p> <p>La información estadística existente en nuestro país no permite un acercamiento y análisis de las condiciones reales de la discapacidad. En consecuencia es muy difícil poder hablar de indicadores sobre el estado general de la discapacidad, y sobre las condiciones de vida de las personas directa e indirectamente afectadas. Esta situación no es exclusiva de Colombia, y a nivel mundial un buen número de países están en las mismas ingratas condiciones. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud - OMS-, un 12% del total de habitantes de un país pueden estar presentando cuadros de discapacidad. Si nuestra población puede estar hoy cercana a los 44 millones de habitantes, de aceptar la anterior presunción estaríamos hablando de una población cercana a las 5.280.000 personas con discapacidad.</p> <p>El país incorporó por vez primera dentro del formulario de Censo de Población y Vivienda de 1993, una pregunta dirigida a determinar el número y tipo de discapacidades que afectaban la población colombiana; aún cuando el enfoque utilizado tenía serias dificultades para captar este tipo de información, se obtuvo un total de 593,618 personas censadas con discapacidad, para una prevalencia del 1.85%. Si se mantuviera esta tasa a hoy, serían 813,000 las personas con discapacidad.</p> <p>En resumen, existe información pero se encuentra dispersa, desactualizada y no</p> |

satisface las necesidades normativas, de formulación y evaluación de programas y proyectos desde la perspectiva integral de desarrollo planteada por el Plan Nacional de Atención a la Población con Discapacidad - PNAD. En este sentido en el año 2000, el PNAD inició un proceso de concertación interinstitucional con el fin de avanzar en el “Diseño del Marco Conceptual de un Sistema de Información”, dirigido a conocer el verdadero estado de las discapacidades y apoyar los procesos de planificación desde los territorios. Para ello se suscribió el Convenio de Cooperación 025 entre el Ministerio de Comunicaciones y la Organización de Estados Iberoamericanos – OEI. Uno de los productos de este trabajo, fue el acuerdo interinstitucional sobre un instrumento que permitiera captar la información requerida por el PNAD: el “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad”.

Con anterioridad el documento CONPES 2761 de 1995 estableció que la Vicepresidencia de la República y el DANE debían: “Diseñar y poner en marcha los sistemas de información y comunicación sobre discapacitados”. Hasta ahora, esto no había sido posible, pero hoy las condiciones permiten su diseño e implementación a mediano plazo, partiendo del reconocimiento de que existe un trabajo interinstitucional avanzado (Ministerio de Comunicaciones - OEI) en la misma dirección, al cual es necesario garantizarle continuidad.

Así, el Ministerio de Educación Nacional suscribió un Convenio de cooperación con el DANE, dirigido a 1) realizar un diagnóstico sobre el estado de la oferta y demanda de información estadística sobre personas con discapacidad, a través de la identificación, análisis y evaluación de las distintas fuentes de información disponibles 2) elaborar el diseño metodológico, conceptual y operativo del “Sistema Nacional de Información Estadística sobre Personas con Discapacidad – SISNIEDI” -, el cual tendrá como herramienta de captación el “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad”.

3. Alcance:

La consulta se dirigió a aquellas entidades de y para la discapacidad que tienen sede en la ciudad de Bogotá y que se encontraban dentro del “Directorio de Entidades y Programas orientados al desarrollo del Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad”.

4.1. Oferta de información sobre discapacidad:

Para el análisis de la oferta de información estadística, se contó con la participación de 17 entidades públicas y privadas las que reportaron sobre sus trabajos desarrollados, el procedimiento utilizado para conseguir datos estadísticos provenientes de fuentes internas o externas, la forma usual empleada para obtener y procesar la información, las dificultades que se les presentan en sus actividades al momento de desarrollar estudios y /o proyectos de investigación sobre discapacidad, y las estadísticas que no se producen y que son requeridas para su actividad institucional.

Variables requeridas y que no se producen:

La demanda de información sobre discapacidad, hace relación a la situación de estas personas con su entorno, y al tipo de respuesta o atención que se está generando desde las instituciones. Los principales argumentos que exponen los solicitantes se refieren a que esta información se convierte en el punto de partida para poder iniciar procesos de planificación desde la demanda; para lograr mayores aciertos a la hora de formular programas de promoción de la salud y

prevención de la discapacidad. Además sirve como insumo básico para el diseño de estrategias de sensibilización e información. Por ello, los requerimientos son tan variados van desde información de tipo general, hasta aquella que les podría resolver problemas internos de información propios de un programa, proyecto o institución.

Las principales dificultades que enfrentan las entidades e instituciones al momento de utilizar estadísticas sobre discapacidad, son:

- No existe un sistema de consulta unificado y estandarizado. Por ende no es fácil acceder a la información requerida.
- Existe un alto subregistro en la información (mínima información), que no permite realizar cruce de variables ni obtener datos comparativos que permitan generalizar, caracterizar y tipificar la discapacidad.
- La información estadística que se logra conseguir sobre personas con discapacidad, limitaciones o restricciones, presenta dificultades por su baja confiabilidad, y por no ser sistemática.
- Poca divulgación sobre el número y condiciones de vida de la población con discapacidad, lo cual genera dificultad al acceso y utilización de las estadísticas.
- Actualmente la información estadística, no es muy confiable, ni reciente y no ofrece la cobertura territorial que se requiere.
- La información sobre discapacidad que se encuentra en el mercado es desactualizada y las estadísticas se presentan en forma global, específica y discriminada por característica según intereses institucionales.
- Falta de confiabilidad en la información.
- No se hallan variables unificadas en sus rangos, definiciones, y conceptualización, dificultando la validación de los datos y la tabulación.
- Los estudios parciales obedecen a temas concretos dependiendo de la fuente o entidad que los realiza, así como la diferencia en los parámetros para el cálculo de datos.

4.3.1. Universidad Javeriana:

Un trabajo importante que se resalta, por sus resultados estadísticos y porque frecuentemente es consultado por los demandantes de información para el desempeño de sus labores, es el desarrollado entre los años 1992 – 1995 por la Universidad Javeriana con la participación y colaboración del siguiente grupo institucional: Vicepresidencia de la República, Consejería Presidencial de Política Social, Ministerio de Educación Nacional, Consejería para la Juventud, la Mujer y la Familia - CPPJMF, Corporación Interinstitucional de Rehabilitación - Programa PETREVEV. Para el cumplimiento de la investigación, se determinó analizar la dimensión del problema de la discapacidad en 10 ciudades: Cali, Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Armenia, Santa Marta, Villavicencio, Quibdó y San Andrés, para los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. También se identificaron los factores conexos en cuanto al uso de servicios sociales, accesibilidad y ayudas técnicas, y se implementó un sistema de análisis y manejo continuo de la información.

El total de la muestra fue de 60,037 encuestados y el número de hogares 16,055 pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de las ciudades Cali, Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Armenia, Villavicencio, Quibdó y San Andrés

El porcentaje de hombres que presentó algún tipo de discapacidad fue del 48.1%, las mujeres el 51.9%. La tasa de prevalencia de discapacidad sobre el total de

personas encuestadas fue del 32.56%

4.3.2. Iatriké:

La Red de Solidaridad Social en conjunto de la Fundación Iatriké, diseñaron una base de datos con el propósito de reunir, ordenar y clasificar en elementos electrónicos de fácil acceso y manipulación - para efectos de consulta y /o reporte rápido, los datos básicos sobre oferta y demanda de servicios para personas con discapacidad.

Finalmente, se aplicó la recopilación de datos en tan solo 3 departamentos: Boyacá, Cesar y Córdoba, para un total de 52 registros incorporados a la base de datos. La recuperación de la información disponible en la base de datos sobre discapacidad se realizó por medio de un generador de reportes. Entre los principales informes que se procesaron están: 1) oferta, detallado por tipo de servicios, y 2) demanda, detallado por tipo de servicios, ambos informes ordenados por departamento

4.3.3. Macondo:

El estudio fue financiado por el Ministerio de Educación Nacional y desarrollado por la Fundación para la Cultura y la Educación – Macondo. Su objetivo principal fue el de establecer la oferta y demanda para la atención educativa de la población con limitaciones o capacidades excepcionales de 38 municipios en 12 departamentos de Colombia. Este estudio nació de la necesidad que tienen las entidades territoriales de contar con información para el diseño, formulación y puesta en marcha del plan de cubrimiento gradual para la adecuada atención educativa de la población con limitaciones o capacidades excepcionales.

El plan contempla: identificación de problemas, objetivos, estrategias, acciones y metas. Su cubrimiento se refiere a una población preidentificada basada en la no discriminación y a la equidad para acceder al servicio público educativo. Es gradual por cuanto prioriza las acciones, las decisiones y define tiempos de ejecución; todo para garantizar la prestación del servicio público educativo de las personas con limitaciones o con capacidades excepcionales.

En desarrollo del proyecto se convocaron 14 departamentos, de ellos, sólo 12 participaron incluyendo 38 de sus municipios.

5. Conclusiones del diagnóstico:

En términos generales, la información útil disponible sobre discapacidad para las diferentes entidades es muy reducida o escasa. En algunos casos manifiestan además que no corresponde con la realidad o está muy desactualizada entre otros, que la información es muy específica y exclusiva del tipo de discapacidad que atiende cada institución. Otras percepciones encontradas sobre el estado de la información, son:

-No existen fuentes de información confiables que permitan caracterizar las condiciones de vida de la población con discapacidad. Por ello las entidades recurren frecuentemente a estudios o proyecciones internacionales para tratar de cuantificar el número de personas con discapacidad; entre ellos a la Organización mundial de la Salud – OMS – y la Organización Panamericana de Salud – OPS-.

-En nuestro país no se conoce con precisión la prevalencia de la discapacidad y ésta varía de acuerdo con la fuente de información que se utilice: DANE - Sistema

| | |
|---|--|
| | <p>Nacional de Información (Javeriana) - Ministerio de Salud, etc.</p> <p>-La diferencia de las cifras que utilizan las diferentes entidades del país sobre la discapacidad, entre los datos internacionales, y la producida por el Censo de 1993, puede estar relacionada con el enfoque de caracterización de la discapacidad que se ha tomado para captar la información.</p> <p>-Se considera por lo general que la información nacional no es confiable y por lo tanto, no permite medir el impacto que genera la discapacidad en nuestra sociedad.</p> <p>-Actualmente la información producida sobre discapacidad se encuentra dispersa en diferentes tipos de entidades, mucha de ella está en papel, incompleta y sin ningún procesamiento. También, existe gran diversidad de métodos e instrumentos de registro, así como infinidad de variables y códigos que sobre el tema se pueden tratar.</p> <p><i>(Documento 47)</i></p> |
| <p>Presidencia de la República de Colombia. Consejería Presidencial de Programas Especiales – Red de Solidaridad Social. “Bases para la Formulación de una Política Pública en Discapacidad 2003-2006”.</p> | <p>Introducción.</p> <p>Este documento recoge el proceso de movilización social adelantado con la orientación y cooperación conceptual, técnica y metodológica de la Consejería Presidencial para la Política Social, hoy Consejería Presidencial de Programas Especiales (Decreto 519 de marzo 5 de 2003) y el acompañamiento y apoyo de la Red de Solidaridad Social a nivel territorial.</p> <p>De los principios que guían la Política Pública en Discapacidad:</p> <p>Siete son los principios que orientan el desarrollo teórico y operativo de la política:</p> <p>Enfoque de derechos: énfasis en las personas y sus relaciones sociales a partir de la unidad entre el sujeto social y el sujeto de derechos;</p> <p>Equidad: igualdad de oportunidades a partir de la inclusión de las personas con discapacidad sin ningún tipo de discriminación.</p> <p>Solidaridad: construcción de una cultura basada en el reconocimiento recíproco y la solidaridad social.</p> <p>Descentralización: reconocimiento de la diversidad y heterogeneidad de las regiones y territorios locales y de sus estructuras operativas para ampliar la democracia participativa y fortalecer la autonomía local.</p> <p>Integralidad y concertación: para el desarrollo de intervenciones integrales eficientes y coordinadas desde los diferentes componentes de la política.</p> <p>Corresponsabilidad: generación de una cultura de responsabilidad social que configure una ciudadanía activa, capaz de desarrollar nuevo tipos de solidaridad.</p> <p>Participación: Cultura de reconocimiento del otro, de la diferencia como sujeto actuante y aportante en los procesos de construcción social.</p> <p>Del objetivo general y de los objetivos específicos de la política:</p> <p>El objetivo general es consolidar una política pública que permita construir una sociedad que, si bien considera la discapacidad como una situación que puede y debe prevenir, respete y reconozca las diferencias que de ella se derivan, logrando que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurren y estén comprometidos en promover y proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana.</p> |

Los objetivos específicos hacen referencia a:

-Promover un entorno saludable, hacer visibles los riesgos de discapacidad ante la población, para controlarlos y mitigar sus consecuencias en los hogares y las personas, en especial los más vulnerables.

-Formular y adoptar las medidas necesarias para que las instituciones y organizaciones formales de la sociedad colombiana, sea su naturaleza pública o privada, incorporen en sus prácticas y comportamientos institucionales, la identificación y remoción de barreras que excluyen a las personas con discapacidad de la oportunidad de participar en las actividades que son propias a la misión institucional que a cada una de ellas le compete.

-Mejorar la calidad y oportunidad de acceso de las personas con discapacidad y sus familias, a servicios de habilitación y rehabilitación articulados en función del logro de autonomía en las actividades que son cotidianas a estas personas, de acuerdo con sus características personales y de su entorno cercano.

Marco Conceptual de la Discapacidad:

El cambio de la concepción de discapacidad, expresado en la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud- CIF de la OMS, aprobada en mayo de 2001, así como el marco conceptual del Manejo Social del Riesgo que impulsa la reforma de la Protección Social en Colombia, constituyen dos elementos fundamentales que orientan el abordaje de la política pública en discapacidad.

Concepto de Discapacidad:

El término discapacidad se acuña en la clasificación de las “Consecuencias de la enfermedad” presentado por la Organización Mundial de la Salud en 1980, en donde se define la deficiencia como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; la discapacidad, como toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano; y la minusvalía, como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

Así entonces, la OMS, en concordancia con los lineamientos de la perspectiva ecológica, propone la nueva Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad – CIF (OMS. *Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad - CIF. Ginebra, 2000*) Esta nueva propuesta deja de ser una clasificación de 'consecuencias de enfermedades (versión de 1980), para convertirse en una clasificación de 'componentes de salud', lo que señala una diferencia sustancial porque esta concepción define lo que instaura y constituye la salud, mientras que la anterior clasificación se centra en el impacto resultante de enfermedades y otros trastornos.

Las siguientes son las definiciones correspondientes a los conceptos generales incorporados en la CIF:

Condición de salud: Es una alteración o atributo del estado de salud de un individuo, el cual puede producir angustia, interferir con sus actividades diarias o ponerle en contacto con los servicios de salud; esta puede ser una enfermedad (aguda o crónica), un trastorno, trauma o lesión o reflejar otros estados relacionados con la salud tales como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, las

anomalías congénitas o la predisposición genética.

Deficiencias: Son problemas en las funciones o estructuras corporales, como es el caso de una anomalía 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.

Limitaciones en la Actividad: Se refiere a las dificultades que un individuo puede tener en la realización, consecución o finalización de actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

Participación: Es la interacción de las deficiencias, discapacidades y factores contextuales, es decir, características del entorno social y físico, y factores personales. La participación abarca todas las áreas o aspectos de la vida humana incluyendo la experiencia plena de estar involucrado en una práctica, costumbre o conducta social.

Restricciones en la Participación: son problemas que un individuo puede experimentar en la manera o en el grado de su implicación en situaciones vitales. Se trata de una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales tanto personales como ambientales.

Los Factores Contextuales: En general, estos son los factores que conjuntamente constituyen el contexto completo de la vida de un individuo y en particular son los antecedentes en función de los cuales se clasifican las condiciones de salud y sus consecuencias en relación al funcionamiento y la discapacidad. Existen dos categorías de factores contextuales. Los primeros son los Factores ambientales, los cuales se refieren a todos los aspectos del mundo exterior o extrínseco que forman el contexto de la vida de un individuo. Los factores ambientales incluyen el entorno físico y sus características, el entorno creado por el hombre, otras personas en diferentes relaciones y roles, las actitudes y los valores, los sistemas y servicios sociales, las políticas, las reglas y las leyes. Los segundos son los Factores personales – factores contextuales intrínsecos, tales como la edad, el sexo, la posición social, las experiencias de la vida etc.-

Concepto del Manejo Social del Riesgo:

El Manejo Social del Riesgo propone una nueva definición y un nuevo marco conceptual para la Protección Social. La definición propuesta visualiza la Protección Social como intervenciones públicas para (i) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y (ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza.

En esta definición se combinan los instrumentos tradicionales de Protección Social bajo un esquema unificador, incluidas intervenciones en el mercado laboral, programas de seguro social y redes de protección social. Por fuentes de Riesgo que amenazan el bienestar de los hogares, el Sistema de Protección Social cubre riesgos idiosincrásicos y específicamente epidemias y desempleo. Para el análisis en Colombia se agruparon las fuentes de riesgo en las siguientes categorías:

Salud: Conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares, como efecto de la presencia de enfermedad, lesión o discapacidad de uno de sus miembros (idiosincrásico), o de epidemia (meso) en una zona o comunidad.

Ciclo Vital: Comprende los de riesgos para el bienestar de los hogares, como efecto del ciclo vital de los miembros que los conforman: nacimiento, ancianidad e infancia y juventud. Este último por la condición de dependencia durante un largo periodo; los riesgos asociados a esta etapa de la vida, consisten básicamente en no llegar adecuadamente dotados, física y mentalmente, a la edad productiva.

Sociales: Grupo de riesgos que amenazan el bienestar de los hogares, como consecuencia de la presencia de violencia o de la ruptura del tejido social, que puede llegar a aislar personas u hogares hasta el punto de impedirles el acceso a mecanismos informales de protección.

Económicas: Comprende los riesgos asociados a pérdida o reducción de la capacidad de producción de ingresos, como consecuencia de la desocupación y el subempleo. Igualmente incluye el riesgo asociado a la incapacidad de formar activos reales, teniendo que recurrir a desahorro de capital humano.

Los principales elementos del marco de manejo social del riesgo son las estrategias, los sistemas y los actores:

Estrategias de manejo del riesgo:

Prevención o reducción: están orientadas a reducir la probabilidad de que ocurra un riesgo de deterioro, por tanto se aplican antes de que éste aparezca. Incluyen políticas macroeconómicas sanas, salud pública, educación, capacitación y, en general, medidas para reducir el riesgo de desempleo.

Mitigación: consisten en disminuir los posibles efectos de un futuro riesgo de deterioro; por tanto, se aplican antes de que éste se presente. Esta estrategia se distingue de las anteriores, en que mientras aquéllas reducen la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, las de mitigación reducen su potencial repercusión en caso de que el riesgo se materialice. Se tienen diferentes formas de mitigación como: diversificación de cartera, mecanismos formales e informales de seguro, entre otros.

Superación: alivian el impacto del riesgo, una vez que se ha producido. Entre las formas de superación se tienen: desahorro, endeudamiento individual, migración, reducción de la ingesta alimenticia, entre otras. En estas estrategias el gobierno cumple un papel importante en ayudar a la población a superar los riesgos.

Sistemas de manejo de riesgo: El nivel de formalidad puede diferenciar los instrumentos/sistemas utilizados bajo cada una de estas estrategias de manejo de riesgo; hace referencia al tipo de intervenciones:

-Sistemas informales que están basados en la participación y cohesión de la comunidad (como matrimonio, apoyo mutuo de la comunidad y ahorros en activos reales tales como ganado, bienes raíces y oro);

-Sistemas de mercado, basados en la participación del sector privado, especialmente de instituciones financieras (como activos financieros -efectivo, depósitos bancarios, bonos y acciones- y pólizas de seguro);

-Sistemas públicos, en los que participa el gobierno mediante políticas, programas

o vía regulación (como previsión social, transferencias y obras públicas).
-Actores en el manejo del riesgo: Dado que el tema del manejo social del riesgo surge como resultado de la información privada (asimétrica), es necesario considerar la función que desempeñan los actores/instituciones en su capacidad de enfrentar esta situación. La asimetría de información también promueve la aparición de instituciones de mercado imperfectas (falla de mercado) y un comportamiento gubernamental insensible (falla de políticas económicas) y por ello es necesario revisar las funciones relativas dentro de un contexto más amplio. En el MSR participan desde individuos, hogares, comunidades, ONG, instituciones de mercado, gobiernos hasta organizaciones internacionales y la comunidad mundial en general.

Desde este enfoque, la intervención pública se concentra en abrir oportunidades para que los actores privados (hogares, comunidades, instituciones de mercado, entre otros) aumenten su capacidad para manejar los riesgos, sin descuidar los soportes especiales que requieren quienes se encuentran en situación crítica. El Sistema de Protección Social se fundamenta en la participación del estado, la sociedad civil y el sector privado y no se limita a las medidas públicas; integra las medidas de mercado (contratos) e informales (arraigadas en la cultura).”

A manera de resumen, el Manejo Social del Riesgo se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean éstos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra). La aplicación del marco de manejo del riesgo va bastante más allá de la protección social, ya que muchas intervenciones públicas (como políticas macroeconómicas sólidas, un buen ejercicio del poder y acceso a la atención de educación básica) ayudan a reducir o mitigar los riesgos y en consecuencia, la vulnerabilidad. También amplía el marco de aplicación de la protección social, según su definición tradicional, extendiéndolo más allá de la entrega estatal de instrumentos de manejo de riesgo y atrayendo la atención hacia prestaciones informales y de mercado y sobre su eficacia y repercusión en el desarrollo y el crecimiento.

En este contexto, vulnerabilidad es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural; o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica.

Contexto de Política Pública en Discapacidad en el marco del Plan Nacional de Desarrollo:

En el Plan de Desarrollo 2002-2006 la política social se apoya en dos pilares fundamentales: 1) La formación de capital humano, a través de la revolución educativa que inicia el capítulo dedicado a Construir Equidad Social, y 2) la protección del desahorro irreversible de capital humano, mediante la consolidación del Sistema de Protección Social, que va más allá de la ampliación y mejoramiento de la protección y seguridad social e incorpora la política de empleo, planteada en el capítulo Crecimiento Económico Sostenible y Generación de Empleo, ratificando así la indispensable consistencia entre políticas económicas y sociales para afrontar las crisis individuales y colectivas que amenazan el bienestar de los hogares.

El diagnóstico de la situación de Discapacidad:

El comunicado de prensa con el que la OMS hace pública la nueva clasificación adoptada resalta: “La CIF trastoca nuestro concepto de la discapacidad, presentándola no como un problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con una deficiencia visible o inmovilizados en una silla de ruedas. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y brinda un mecanismo para documentar la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del sujeto”.

En relación con indicadores de la discapacidad, “la OMS estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud. Ello representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por defunciones prematuras. La CIF proporciona un instrumento común para cuantificar este inmenso problema y ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad”.

El país no ha contado con un registro sistemático que permita precisar la condición de discapacidad y, por consiguiente, el número de personas por ella afectadas. El DANE, al recopilar los enfoques que se han aplicado para producir información sobre discapacidad, de acuerdo con las recomendaciones de Naciones Unidas, recalca que “en Colombia se introdujo por vez primera la variable discapacidad en el Censo de Población de 1993, la cual arrojó un total de 593.618 personas censadas con discapacidad - una prevalencia de apenas 1.85% manteniendo esta tasa, hoy serían 813.000 las personas afectadas. La estructura de la pregunta se dirigía a determinar la presencia de la discapacidad desde el enfoque de la deficiencia en estructuras corporales y de algunas funciones.

Componentes de la Política en Discapacidad y Líneas de Acción:

Los componentes estratégicos para la intervención en discapacidad son: Promoción y Prevención, Equiparación de Oportunidades y Habilitación / Rehabilitación, los cuales involucran a la sociedad, y por ende a sus diferentes estructuras organizativas e instituciones; de allí que la integralidad requerida en su intervención, en cualquiera de sus componentes, necesite del concurso de la familia, la sociedad y el Estado para compartir responsabilidades en el logro de los objetivos y propósitos establecidos para el manejo de las situaciones relacionadas con la discapacidad.

Componente de Prevención:

La intervención en Promoción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad trata de reducir la probabilidad de adquirir una condición de salud discapacitante, creando conciencia en la población de que la calidad de vida depende de las acciones que ellos hagan, así como a crear condiciones en el entorno para impedir que se produzca cualquier situación de discapacidad, es decir, hacia la construcción de entornos protectores en el hogar, el trabajo y en los espacios de la vida ciudadana; también incluye medidas tendientes a disminuir la posibilidad de empeorar la calidad de vida de la persona con discapacidad actuando principalmente sobre la cultura y el entorno para desarrollar factores protectores y mitigar sus consecuencias, mediante mecanismos de intervención y control de factores de riesgo en el entorno y el desarrollo de canales y estrategias para la transformación cultural, que contribuyan a reducir el impacto de la discapacidad sobre las personas.

Para el desarrollo de este componente se proponen cuatro líneas estratégicas de acción:

Promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables:

Establecer los contenidos y canales de información, comunicación y educación más apropiados para que los grupos poblacionales asuman estilos de vida saludables, en especial los más expuestos a adquirir la condición de discapacidad, que les permitan identificar y modificar los factores y comportamientos que predisponen a ella y desarrollar aquellos identificados como protectores.

Identificación, prevención y control de riesgos:

Identificar e intervenir los factores de riesgo que inciden en la prevalencia de discapacidad, para aislar, controlar y reducir la consecuencia sobre las personas en los espacios cotidianos, tales como el trabajo, el hogar, la escuela, el espacio urbano, entre otros.

-Promoción del acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos.

-Divulgar sistemáticamente los signos de presencia de discapacidad, en especial en población infantil, a aquellos agentes comunitarios cuya labor los pone en contacto con los grupos poblacionales más susceptibles de adquirir la condición de discapacidad; simultáneamente, establecer mecanismos eficaces, de información, orientación e inducción a la demanda, que faciliten la intervención oportuna de la condición de discapacidad en las personas detectadas.

-Fomento a procesos de participación ciudadana para la transformación cultural en torno a la discapacidad.

-Incorporar contenidos que favorezcan una cultura de respeto a la diferencia y que, explícitamente, potencie la capacidad de interacción y aporte de las personas con discapacidad en las entidades y organizaciones comunitarias que inciden el bienestar, la convivencia y la participación ciudadana.

Componente de Equiparación de Oportunidades:

Se orienta a reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad o a prevenir “los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales; (...) se trata de una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales”, usando la definición de restricciones en la participación de la CIF.

En consecuencia, las líneas estratégicas de acción son:

-Eliminación de toda forma de exclusión y discriminación hacia las personas con discapacidad, por parte de las organizaciones sociales

-Establecer los canales y formas de comunicación que permitan a las organizaciones e instituciones sociales, que entran en contacto directo con el ciudadano – tales como notarías, supermercados, juzgados, centros de salud, recreativos, turísticos y culturales, entre otros -, adopten en sus reglamentos y prácticas institucionales, medidas que eliminen explícitamente la discriminación y promuevan el acceso de las personas con discapacidad a los servicios que cada uno de ellos ofrece a la ciudadanía en general.

Acceso, permanencia y promoción en educación:

-Generar las condiciones de cobertura, calidad y eficiencia para que las personas

con discapacidad tengan las garantías de acceso, permanencia y promoción dentro del servicio educativo al mismo tiempo que se identifican y se remueven las barreras que lo impiden.

-Promoción de la empleabilidad para personas con discapacidad y sus familias

-Definir y aplicar mecanismos e instrumentos que incentiven la participación productiva, tanto de las personas con discapacidad como de los otros miembros del hogar, en los programas diseñados para la promoción, generación y protección del trabajo; de tal manera que se compense la desventaja familiar, producida por la condición de discapacidad, en la oportunidad de acceso al entorno productivo.

-Construcción y acondicionamiento de viviendas, edificios, espacios y transporte de uso público con parámetros de accesibilidad

-Promover la difusión, aplicación seguimiento y ajuste de la normatividad existente, dando prioridad a la eliminación de barreras físicas en terminales, estaciones, transporte público, establecimientos educativos y de salud, entidades de uso público prestadoras de servicios, escenarios deportivos, parques y zonas recreativas de uso público y, especialmente viviendas de interés social, a fin de facilitar el acceso y uso de estos espacios a las personas con discapacidad.

-Acceso a la información, la comunicación para las personas con discapacidad sensorial (personas ciegas, sordas y sordociegas)

-Promover el desarrollo, adaptación e implementación de tecnologías y medios que posibiliten a las personas con discapacidad, el acceso a la comunicación y la información, y propicien su activa participación en actividades colectivas.

-Participación y fomento de la actividad en recreación, deporte, cultura, turismo de la población en situación de discapacidad.

-Promover e implementar programas y actividades que posibiliten y mejoren la participación activa en deporte, recreación, educación física y utilización del tiempo libre de las personas con discapacidad y generar la eliminación de barreras físicas en escenarios deportivos, parques y zonas recreativas de uso público

Componente de Habilitación / Rehabilitación:

La Habilitación y Rehabilitación, agrupan el conjunto de tecnologías, acciones y procedimientos, realizados con las personas sus familias y comunidades, que buscan eliminar o disminuir las limitaciones en la actividad de la vida diaria. Las acciones que se desarrollan en este componente se dirigen a fortalecer la capacidad de los servicios y de las comunidades, diferenciados según las exigencias de los procesos de habilitación o rehabilitación, para articularlos e intervenir efectiva y oportunamente en la situación de discapacidad.

Las líneas estratégicas de acción propuestas para la intervención en este componente son:

-Red de servicios de Habilitación: Articular la prestación de servicios integrales de habilitación dirigidos a minimizar el impacto de la condición de discapacidad en población de menores, o cuando es adquirida durante los períodos de desarrollo; identificar formas de organización, procedimientos y Metodologías eficaces para evitar la instauración de discapacidades que impidan su integración social y la ubicación en la vida productiva.

-Red de servicios de Rehabilitación: Identificar formas de organización, articulación y canalización entre los diferentes niveles de competencia. Promover y asistir técnicamente en el marco del sistema de protección social, la acreditación de los servicios de habilitación/ rehabilitación, para que apliquen procedimientos eficaces de intervención dirigidos a valorar y lograr el mejoramiento de la

autonomía en actividades cotidianas, de las personas con discapacidad y sus familias.

-Promoción y desarrollo de Ayudas técnicas y tecnológicas: Ampliar el acceso de las personas con discapacidad, al uso de ayudas técnicas y tecnológicas que mejoren su desempeño autónomo en el hogar, la escuela, el trabajo y, en general, en los espacios de vida ciudadana

Diseño Institucional y Soportes de la Política:

Las debilidades identificadas son punto de partida para definir los elementos de estructura y soporte requeridos para ejecutar la Política delineada en éste documento; ellas son: a) el desconocimiento por parte de los niveles técnicos institucionales del marco jurídico nacional e internacional sobre la temática de discapacidad; b) la falta de claridad en los niveles de toma de decisión y planificación al interior de las entidades sectoriales, sobre los aspectos relativos a la discapacidad, las tendencias actuales para su abordaje, sus implicaciones para la planificación intersectorial y orientación de sus programas y servicios, a partir de las competencias institucionales y territoriales; c) la debilidad institucional en el abordaje de los marcos conceptuales de discapacidad, de gestión y política pública; d) la inexistencia de una instancia de toma de decisiones que regule, integre, gestione y coordine las acciones de las diferentes entidades públicas y privadas en función del desarrollo integral de la población con discapacidad; e) la debilidad institucional de la Secretaría Técnica del Comité Consultivo Nacional para la interlocución del Comité Consultivo Nacional con las instancias directivas y tomadoras de decisiones de las diferentes entidades y sectores compromisarios de la política y su ejecución; f) las dificultades de gestión en el nivel territorial para armonizar y operar la política propuesta por el nivel nacional

Aspectos institucionales:

La principal debilidad hace referencia a la conformación y funcionamiento de la instancia de toma de decisiones sobre política de discapacidad, tanto en el nivel nacional como en las entidades territoriales; su corrección es indispensable para garantizar el cumplimiento de las metas propuestas, pero depende críticamente de la voluntad de las autoridades nacionales de considerar la situación de discapacidad como un tema prioritario del sistema de protección social.

Para poner en marcha esta estructura es indispensable superar las dificultades identificadas por los miembros del Comité Consultivo Nacional frente al papel que se espera de él: i) Claridad del interlocutor; ii) Claridad de temas de consulta y iii) Canales de interacción con las organizaciones a quienes representan.

Descentralización y asistencia técnica:

Al igual que la mayoría de los temas que atañen a la política social, la mayor parte de las acciones en discapacidad se desarrollan en un marco descentralizado de decisiones.

En el proceso de descentralización de la política así como del Plan, y de la incorporación de éste dentro de la construcción de una política pública, al nivel Nacional como a las entidades territoriales departamentales y municipales le son inherentes una serie de responsabilidades cuyo cumplimiento son una obligación, dadas las competencias asignadas en el marco normativo nacional, a la vez que son producto del compromiso de mejoramiento de las condiciones de vida del conjunto de la población.

Mecanismos para la identificación y clasificación de las personas con

| | |
|--|---|
| | <p>discapacidad: Los enfoques que se han aplicado para producir información sobre discapacidad, fueron recopilados por el DANE, en su Propuesta para la captación de información sobre discapacidad. Aún cuando existen recomendaciones de Naciones Unidas que orientan sobre la medición de la discapacidad, la gran mayoría de los países de América han empleado el enfoque de la deficiencia, posiblemente porque la respuesta es más directa por parte del informante, tendencia que hoy día evoluciona hacia el enfoque de las limitaciones. Este cambio de enfoque responde a la evolución del concepto de discapacidad, que ha sido incorporado a la nueva clasificación de la Organización Mundial de la Salud - OMS conocida como CIF, Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad; su aplicación inicia un proceso de comprensión de la discapacidad como una condición de salud que involucra diferentes dimensiones del funcionamiento humano: una dimensión corporal y otra individual social.</p> <p>Estas relaciones implican que no basta obtener datos sobre personas con discapacidad, es necesario complementarlos con información contextual para comprender la situación de discapacidad y, sobre todo, para diseñar estrategias que permitan construir una política pública que beneficie al grupo poblacional.</p> <p>Para la identificación de personas con discapacidad el principal instrumento actual es el SISBEN, escogido como mecanismo de focalización de las acciones previstas en el Plan de Desarrollo. Por las características de su aplicación, encuestadores no especializados y restringidos a población de bajos ingresos, la variable sobre discapacidad debe tener las mismas características ya establecidas para el próximo Censo. Por lo tanto, se recomienda al Departamento Nacional de Planeación ajustar el formulario a la forma de pregunta acordada para el Censo y utilizar los instrumentos de capacitación de encuestadores que fueron puestos a prueba en el mes de julio de 2002; de lo contrario, se obtendrá una identificación de la población con discapacidad, sesgada por el enfoque de la deficiencia. <i>(Documento 48)</i></p> |
| Estudio Nacional de Necesidades, Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación. Colombia. Fundación Saldarriaga Concha. marzo 8 de 2003. | <p>Introducción.</p> <p>La Fundación Saldarriaga Concha, en el proceso de definición de las estrategias de acción de la organización, identificó vacíos en el conocimiento de las circunstancias y realidad de la rehabilitación en Colombia, tanto en lo referido a la población usuaria de dichos servicios como a las características de la oferta existente, a la luz de las profundas transformación que en los últimos 10 años han vivido los sectores de la salud y la educación, y de los esfuerzos dispersos realizados en diferentes ámbitos del país para posicionar el tema.</p> <p>Decidió la Fundación, en consecuencia, adelantar un estudio con el propósito de contribuir a la caracterización de las necesidades, demanda y oferta de servicios de rehabilitación para la población con discapacidad, y a la definición de acciones tendientes a la actualización de las estrategias para un abordaje eficiente de la rehabilitación, en función de la integración plena de los individuos a la sociedad. Dichas acciones se relacionan con las siguientes líneas de posibles intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Optimización y fortalecimiento de la dirección, gerencia y gestión de la rehabilitación. - Mejoramiento de la capacidad científico técnica de la oferta. |

- Reformulación de los parámetros y prioridades que han condicionado el financiamiento de la rehabilitación, y de las cuantías y estructuras de los recursos requeridos.
- Adecuación de la estructura y dinámica de los recursos existentes para un desempeño eficiente y de calidad.
- Mejoramiento de los procesos de atención al usuario y de coordinación e integración interinstitucional e intersectorial.
- Eliminación de barreras de acceso a la rehabilitación y de integración de las personas a la sociedad.

El informe describe los elementos conceptuales y metodológicos que sustentan el estudio y que delimitan el ámbito de utilización de los resultados obtenidos. Incluye una caracterización de la oferta disponible en rehabilitación general y en salud mental en las instituciones de mediana y alta complejidad. Se describen, los servicios disponibles y sus modalidades de prestación, el área de influencias de las instituciones, la caracterización de la población objetivo y el nivel de desarrollo de los procesos de atención al usuario y de apoyo administrativo y gerencial en las áreas estudiadas, así como los factores estructurales de la oferta.

También aborda una descripción detallada de la demanda atendida, un análisis amplio y crítico del comportamiento de la oferta disponible y la discusión de las interacciones de la demanda y la oferta en términos de la eficiencias, la efectividad y la calidad de los servicios; se aproxima a la caracterización de las brechas entre la eficiencia observada y la eficiencia esperada en términos de rendimiento de los recursos y costos unitarios y totales de las prestaciones, entre las expectativas de los usuarios, las prestaciones recibidas y la oferta disponible, y entre los efectos observados y los efectos deseables.

3.1. Concepto de funcionamiento y discapacidad:

La discapacidad tiene relación con la existencia de deficiencias en las funciones o estructuras corporales, de limitaciones en la actividad o de restricciones en la participación de un sujeto con unas condiciones de salud específicas en un entorno determinado, constituyendo así una manifestación negativa de dicha interacción. En este sentido, la discapacidad no hace referencia a un fenómeno biológico de la vida del individuo; se hace manifiesta cuando el sujeto pone en juego todo su ser, en las diferentes situaciones vitales que debe enfrentar durante su ciclo vital.

En este punto es importante reflexionar sobre la relación existente entre condiciones de salud y funcionamiento/discapacidad. Mientras el término condiciones de enfermedad hacen referencia a las enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos de un sujeto; el funcionamiento da cuenta de la interacción entre un sujeto con su condición de salud y un entorno determinado, en diferentes dominios de salud y relacionados con la salud.

En este sentido, las condiciones de salud del sujeto y el funcionamiento/discapacidad del mismo, son descripciones diferentes y complementarias de la salud de las personas y de la población. Por lo cual es preciso reconocer que la existencia de una condición de salud determinada, no supone un perfil de funcionamiento/discapacidad único, por lo cual no resulta correcto expresar la condición de funcionamiento/discapacidad de un sujeto utilizando denominadores de enfermedad o lesión.

3.2. la intervención social al problema de la discapacidad:

La atención de la población con discapacidad ha estado mediada por dos modelos dominantes: el médico y el social. En el modelo médico, la discapacidad es un problema de individuo, causado por una condición de salud determinada y como tal requiere cuidado específico de profesionales en salud prestados de forma individual. La intervención está orientada a conseguir la cura o en su defecto a la mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. Desde esta perspectiva, la responsabilidad es del individuo, y las condiciones del contexto quedan en un segundo plano.

En el modelo social, la discapacidad es un asunto centrado en la completa integración de la persona en la sociedad, la discapacidad no es sólo una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones funcionales muchas veces creadas por el entorno social. Desde esta perspectiva el problema se centra en el ejercicio de los derechos humano y por tanto las respuestas sociales esperadas deben conducir a generar todas las modificaciones actitudinales y ambientales requeridas para la adecuada integración.

Si bien es cierto estas dos perspectivas parecen antagónicas, las tendencias actuales de la discusión se centran en lograr un modelo de respuesta integral al problema, que permita intervenir la realidad del sujeto con discapacidad en términos de su funcionamiento e incluyendo las intervenciones que sobre el entorno sean requeridas para lograr una mejor integración a situaciones vitales dentro de su contexto cotidiano y durante su ciclo de vida.

El desarrollo de las sociedades desde la perspectiva del desarrollo humano supone "la creación de entornos en que las personas puedan hacer plenamente realidad su posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses".....Un elemento fundamental para la ampliación de las oportunidades sociales es "el desarrollo de la capacidad humana, es decir, las múltiples cosas que la gente puede hacer o ser en la vida.

Desde esta perspectiva el desarrollo de la población parte del reconocimiento de la mutua afectación y de la generación de condiciones adecuadas para que las dinámicas de la sociedad permitan a cada individuo manifestarse integralmente en cada una de sus interacciones con el mundo. El desarrollo humano comparte una visión común con los derechos humanos. El objetivo es la libertad humana, la cual resulta vital para el desarrollo de las capacidades y el ejercicio de los derechos.

Las personas deben tener libertad para hacer uso de sus opciones y participar en las decisiones que afectan sus vidas. Estas consideraciones en relación con el desarrollo humano establecen un marco de referencia para la comprensión de las respuestas sociales que deben impulsarse para afrontar el problema de la discapacidad en nuestras sociedades. La discapacidad supone la existencia de limitaciones en la actividad de la personas o restricciones en su participación, en tal sentido las sociedades deben trabajar por generar condiciones en el entorno que permitan el desarrollo de las potencialidades de las personas con discapacidades y su expresión libre y creadora.

La OMS y su iniciativa Rethinking care from perspective of disable people, alineada con la propuesta de Naciones Unidas, consultó a las personas con discapacidad y a otros socios del tema en países de altos y bajos ingresos, con el objeto de identificar los puntos claves y las recomendaciones para orientar la

atención de la población con discapacidad. La iniciativa llama la atención sobre los siguientes aspectos:

Una aproximación integral: acceso, legislación y financiamiento: los estados deben invertir en reducir la pobreza y en el desarrollo de facilidades y servicios de base comunitaria accesibles para todos. Es necesario incluir leyes antidiscriminación, de carácter obligatorio, para asegurar el retiro sistemático de las barreras ambientales y culturales existentes para que las personas con discapacidad participen significativamente en todos los niveles y en todas las áreas de la vida corriente de la comunidad.

-Servicios médicos: Los estados deben asegurar el acceso a servicios médicos de alta calidad como un derecho humano básico, que deben estar libremente disponible para toda la población independiente de la naturaleza o severidad de la discapacidad, la edad, el género, la raza, la pertenencia étnica y la orientación sexual; así mismo deberán asegurar que en la entrega de los servicios médicos, para toda la población y para la población con discapacidad, se garantice el derecho a la vida y a la autodeterminación.

-Servicios de Rehabilitación: Los procesos de rehabilitación insertados en la vida de la comunidad no pueden ocurrir sin el retiro eficaz de las barreras ambientales y culturales a la participación de la población con discapacidad, por esto los estados deben asegurarse que un punto básico de los programas de rehabilitación sea el retiro sistemático de estas barreras, realizando consultas a las personas con discapacidad, sus familias y los representantes de sus organizaciones. Una manera efectiva de retirar las barreras en el ámbito local es implementar programas de entrenamiento de trabajadores locales de base comunitaria, a través de los cuales se logre el desarrollo de los conocimientos y las habilidades para identificar y retirar dichas barreras. También es necesario trabajar sobre mecanismos para evitar la creación de nuevas barreras en servicios, facilidades y proyectos futuros.

-Los servicios de soporte: la iniciativa busca que los estados aseguren servicios de soporte para las personas con discapacidad y sus familias, que incluyan apropiadas ayudas técnicas y dispositivos de ayuda, interpretes para personas sordas y servicios de asistencia personal. El acceso a los servicios de soporte debe ser comprendido como un derecho humano básico.

-Incremento de la conciencia: Los estados deben asegurar el desarrollo de campañas para el incremento de la conciencia de la población sobre las consecuencias ambientales y culturales de no tener en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias, generando con ello mayor discapacidad. La magnitud de la discapacidad en el mundo (Naciones Unidas estima que alrededor del 10% de la población del mundo presenta discapacidad y que alrededor del 25% de la población se encuentra directamente afectada por este fenómeno), permiten reconocer la discapacidad como un problema de salud pública, que exige un pacto social entre el Estado, las organizaciones privadas, las organizaciones sociales y la sociedad civil para lograr transformar los determinantes de la discapacidad, para prevenir su ocurrencia y promover el desarrollo de las potencialidades personales, la autorrealización y la libre participación de todos los miembros de la sociedad en su dinámica.

3.3. La rehabilitación, una forma de respuesta social a la discapacidad:

Como se ha venido presentando, la rehabilitación es sólo una de las formas de respuesta social a la discapacidad. La discapacidad como fenómeno supone la intervención articulada de diferentes sectores e instituciones sociales para evitar su ocurrencia, facilitar la integración de la población con discapacidad existente y garantizar oportunidad de desarrollo a todos los miembros de la sociedad independiente de su perfil de funcionamiento/ discapacidad.

El ámbito de actuación de la rehabilitación se ha ido transformando desde perspectivas centradas en las condiciones física de las personas limitadas a propuestas más integradoras del sujeto e incluyentes de su vida social; sin embargo en este proceso de transformación se han generado múltiples interpretaciones de esta estrategia que hacen difícil su delimitación y consecuente articulación con otras estrategias que operan en la sociedad, dificultades que en últimas se reflejan en intervenciones desorganizadas, poco efectivas y poco útiles para la población involucrada.

Con el objeto de delimitar la comprensión de esta estrategia en el ámbito del presente estudio, se propone una concepción de rehabilitación que reconozca e integre las tendencias actuales en relación con el tema. Es así como la rehabilitación se entiende como un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y funcionar de forma independiente en su comunidad.

Es así como dentro del concepto de rehabilitación, se incluyen: detección y diagnóstico temprano de la discapacidad, desarrollo de la capacidad funcional, entrenamiento de habilidades para la vida independiente y de habilidades sociales, soporte psicológico para la persona y su familia, suministro de ayudas técnicas y dispositivos de apoyo, preparación para la educación e integración escolar, rehabilitación vocacional y reducción de barreras para la integración plena en el entorno.

En el proceso de rehabilitación interactúan actores como el Estado y sus diferentes organizaciones en el sector salud, en el sector educativo, el sector de trabajo, el sector de desarrollo social y comunitario, el sector de planeación, las instituciones, los profesionales, las familias, los cuidadores, la comunidad y sus organizaciones y las personas con discapacidad como destinatarios, pero fundamentalmente como centro de actuación, inspiración y fortaleza.

Cuando las intervenciones de prevención de la discapacidad, es decir las de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y tratamiento adecuado son débiles, la población con discapacidad tiende a ser mayor, condición que supone un incremento en la demanda de atención en rehabilitación, que seguramente superará la capacidad de respuesta instalada.

4.4. Análisis de demanda y oferta de prestaciones de rehabilitación:

El término prestación se refiere a un beneficio que una organización suministra a un individuo, con referencia a un servicio y a las condiciones o circunstancias concretas en las que es objeto de un derecho u obligación. En este contexto los servicios y específicamente los de salud, hacen referencia al acto o conjunto de actos, prestados por los proveedores sanitarios, conducentes a mejorar las condiciones de salud de un individuo o colectividad.

En el sentido amplio del término es equiparable a tecnologías sanitarias, entendidas como los medicamentos, instrumentos y procedimientos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención.

3.4.1. El análisis de demanda:

La demanda hace referencia al consumo específico de servicios resultante de las necesidades y deseos de la población beneficiaria y determinado por sus características demográficas, epidemiológicas, socio culturales y económicas relacionadas con el aseguramiento y la capacidad de pago.

En el estudio de la demanda, es preciso diferenciar cuatro tipos fundamentales: la potencial referida al segmento de la población que requiere una prestación, la disponible, que da cuenta de un segmento de la demanda potencial, con capacidad de pago y condiciones de acceso; la objetivo, corresponde a un segmento de la demanda disponible que resulta de interés para una institución por criterios intrínsecos a la misma y por último la demanda atendida que corresponde a la población que efectivamente ha recibido la prestación.

3.4.2. El análisis de oferta

La oferta hacer referencia a la disponibilidad de servicios en el mercado en respuesta a la lectura hecha por el proveedor sobre las necesidades de la población, el potencial de utilización y las posibilidades del producto de penetrar en el mercado. En este sentido estudiar la oferta implica aproximarse al conocimiento que se tiene de la población, específicamente de la objetivo, así como penetrar en la caracterización de la organización y los servicios de interés en rehabilitación. El análisis de la oferta supone el conocimiento de los servicios y las organizaciones que los proveen en relación con: los elementos estructurales que lo definen y las condiciones funcionales en que se proveen los mismos.

4.2. Muestras de instituciones y de usuarios del estudio en profundidad:

Teniendo como marco los objetivos y alcances de la investigación y los recursos disponibles para realizarla, se diseñó una muestra probabilística de instituciones y de sus usuarios para estudiar en profundidad el universo institucional de mediana y alta complejidad que realiza acciones de rehabilitación general y / o rehabilitación en salud mental, y el universo de usuarios asistiendo a las instituciones durante los tres días de duración del proceso de recolección. Tales universos están constituidos por 276 instituciones y por los receptores de 76,490 procedimientos de rehabilitación, las muestras cubiertas, por 54 entidades y 1517 usuarios. El análisis de demanda se hace con base en la población atendida en las instituciones con servicios de rehabilitación. Las estimaciones que se presentan, se hacen en función de 35.611 personas

6.1.1.3.2. Criterios de terminación de procesos de rehabilitación:

Los criterios que determinan la finalización de los procesos de rehabilitación permiten aproximarse a la filosofía de la prestación de los servicios. Se preguntó a todas las áreas estudiadas, por los criterios que se utilizaban frecuentemente para la determinación de la terminación de los procesos. Es así como el logró del máximo nivel posible de funcionamiento, fue el criterio más frecuentemente reportado por las instituciones (96%).

Este criterio de terminación de tratamientos es utilizado en todas las áreas de financiamiento mixtas y en las que trabajan en salud mental. La terminación del entrenamiento en actividades de la vida diaria fue reportado como criterio de terminación en el 89.8% de áreas estudiadas. Este criterio es más frecuente entre las instituciones de mediana complejidad, y entre las áreas con financiación pública. En Bogotá, el porcentaje de áreas que utilizan éste criterio es tan solo del 58%.

La terminación del entrenamiento en habilidades sociales como criterio de terminación de tratamiento fue reportado por el 53.5% de las áreas estudiadas; este criterio es más frecuente entre las instituciones de mediana complejidad, de financiación pública y como es de esperar, entre las áreas que trabajan rehabilitación en salud mental. Llama la atención que la frecuencia sea relativamente mayor en las áreas ubicadas en Medellín, Cali, Barranquilla.

La integración social como criterio de terminación fue reportada tan solo en el 44.9% de las áreas estudiadas. Si bien es cierto, no se aprecian diferencias por nivel de complejidad, tipo de financiación de la institución y nivel de urbanización, la diferencia es significativa cuando se comparan las áreas que realizan rehabilitación general y las que realizan rehabilitación en salud mental. Es así como, el 84.2% de las áreas que desarrollan rehabilitación en salud mental, utilizan éste criterio como condición para la terminación del proceso contra un 31.7% entre las áreas que realizan rehabilitación general.

La integración escolar y la integración laboral, fueron reportadas por el 41.5% y el 40.5% de las áreas respectivamente. Para ambas áreas no se observan diferencias significativas por nivel de complejidad, tipo de financiación, ni nivel de urbanización; sin embargo los dos criterios son más frecuentes entre las áreas que trabajan rehabilitación en salud mental. Esto puede significar que la de rehabilitación en salud mental, tiende a ser mucho más integradora del ser humano que la rehabilitación general.

Este hallazgo pone en evidencia que para la mayoría de instituciones, la intervención en rehabilitación se queda corta en el propósito de integración de la persona a su entorno y en una comprensión más amplia del sujeto y la discapacidad. Los procesos de rehabilitación se orientan fundamentalmente al mejoramiento de funciones o estructuras corporales, lo que muestra un predominio de una concepción más biológica de la discapacidad.

Integración con gobiernos locales:

Con el objeto de conocer la integralidad de las intervenciones realizadas por las áreas de rehabilitación en términos de la intervención del problema de la discapacidad, se exploró en cada área la realización de intervenciones con los gobiernos locales a favor de las personas con discapacidad, así como la ejecución de acciones de prevención de la discapacidad.

El 43% de las áreas estudiadas desarrollan acciones con los gobiernos locales en función de la población con discapacidad. De estas áreas, cerca del 70% se integran para el diseño y ejecución de iniciativas en este campo, siendo más frecuente este fenómeno entre las áreas de alta complejidad, entre las de financiación mixta y pública y entre las dedicadas a la rehabilitación en el campo de la salud mental. En los procesos referidos a la evaluación y definición de mejoramiento, la integración con los gobiernos locales sucede en menos de la

mitad de instituciones que desarrollan iniciativas en función de las personas con discapacidad, son más frecuentes estas intervenciones entre las áreas de Bogotá y entre las dedicadas a rehabilitación general.

El desarrollo de otras iniciativas a favor de la personas con discapacidad, no constituye una acción de amplia penetración entre las áreas de rehabilitación, situación que debe reconocerse como una condición limitante para lograr impactos positivos en la eliminación de barreras para la integración social y que se ve agravada por la existencia de un enfoque de la rehabilitación muy centrado en el individuo y su perspectiva biológica.

Integración con la comunidad:

En el presente estudio, la existencia de mecanismos de integración de las áreas de rehabilitación con la comunidad se exploró con el propósito de establecer su posibilidad de intervenir en la reducción de barreras para la integración social de la persona con discapacidad y en la transformación de condiciones potencialmente generadoras de discapacidad.

Del total de áreas estudiadas tan solo el 47% desarrolla iniciativas comunitarias en función de la población con discapacidad, situación que corresponde con otros hallazgos que han indicado el predominio de un enfoque de comprensión de la rehabilitación centrada en el individuo y sus condiciones físicas y biológicas, enfoque que no reconoce necesariamente la dimensión social de la discapacidad.

De estas áreas, el 80% se vincula con la comunidad para el diseño de las iniciativas, siendo mucho más frecuente ésta práctica, entre las instituciones que trabajan en rehabilitación en salud mental, entre las ubicadas en Bogotá, y en el estrato resto ciudad capitales.

Recomendaciones:

-Los hallazgos de este estudio permiten delinear un esquema de mejoramiento de la rehabilitación en el país, El análisis de la interacción de la oferta y la demanda identifica brechas que pueden ser reducidas, y ello es factible pues las condiciones de la oferta facilitan este propósito.

-La transformación de la realidad para lograr una organización de la rehabilitación más eficiente, con mejores estándares de calidad y por tanto con mayor efectividad, supone un esfuerzo claro de todos los actores involucrados, para buscar el desarrollo de las instituciones y facilitar la relación de los usuarios con los servicios.

Investigación:

Para complementar el proceso de conocimiento de la realidad, es necesario desarrollar los siguientes procesos de investigación:

-Estudio en profundidad de los factores explicativos de las brechas existentes en instituciones de mediana y alta complejidad.

-Estudio de caracterización de la rehabilitación en instituciones de baja complejidad.

-Estudio de las necesidades de rehabilitación de la población de Colombia (demanda potencial).

-Desarrollo de modelos de atención integral en rehabilitación para el país.

-Estimación de la oferta requerida para atender la demanda potencial, de los costos implicados y de las estrategias de financiamiento.

-Estimación de las brechas entre la oferta requerida y la oferta disponible.

| | |
|--|---|
| | -Desarrollo de modelos de intervención social de los macrodeterminantes del acceso a la rehabilitación. (Documento 49) |
|--|---|

IV. Jurisprudencia

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|---|
| <p>Sentencia T-396 del 22 de agosto de 1996.</p> | <p>Magistrado Ponente: Dr. Fabio Morón Díaz. Demandante: Actor: Armando de Jesús Pérez Cáceres. Problema jurídico: Discapacitado – Protección por no capacidad de pago. Derecho a la Seguridad Social del Discapacitado.</p> <p>Consideraciones Corte Constitucional: El régimen subsidiado de seguridad social en salud frente a los disminuidos físicos y psíquicos: Los discapacitados que no tengan capacidad de pago, son uno de los sectores sociales a los cuales el legislador les concede una especial importancia dentro del régimen subsidiado de seguridad. Esto parte del reconocimiento de las serias dificultades que enfrenta una de estas personas para lograr el autoapoyo. Como vemos, el sistema de seguridad social aludido comporta el cumplimiento parcial de la implementación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, con la prestación de la atención especializada que requieran (art. 47 C.P), pues la salud supone “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.</p> <p>El marco reglamentario inicial dentro del cual se desenvuelve actualmente el régimen subsidiado ha sido definido por el Decreto No. 1895 de 1994. Este había establecido para la primera etapa del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS-, comprendida entre el 3 de agosto de 1994 y el 3 de agosto de 1996, una restringida cobertura de riesgos y servicios (art. 11 Dec. 1895/94), que no contemplaba una atención especializada para los discapacitados. En la segunda etapa de implementación del POSS, actualmente en vigencia, en forma integral se incorporarán a éste el conjunto de intervenciones de mayor costo asegurables en el régimen contributivo (art. 9 ibidem). Nótese que dentro de las intervenciones a las que se refiere el artículo 9 del Decreto antes citado, no se encuentran los servicios de asilo o albergue para discapacitados.</p> <p>Por otro lado, el artículo 13 del Decreto No. 1895/94 preceptúa lo siguiente: “Artículo 13. Criterios para la referencia de pacientes pertenecientes al régimen subsidiado. Mientras se unifican los servicios contenidos en el Plan obligatorio de Salud Subsidiado POSS, con los que ofrece el Plan Obligatorio de Salud POS, del régimen contributivo, aquellos beneficiarios del Régimen subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayudas de diagnóstico y tratamiento, requieran de servicios de una complejidad mayor que la brindada por la institución prestadora de servicios que los haya atendido, deberán ser referidos por ésta, de acuerdo con los protocolos vigentes, a los hospitales públicos del subsector oficial de salud o a los privados con los cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>“Durante la transición y de acuerdo al programa de conversión gradual de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda que para el efecto se establezca, las direcciones seccionales, distritales y plan obligatorio de salud garantizarán la celebración de contratos de compraventa de servicios...” “Durante la transición y de acuerdo al programa de conversión gradual de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda que para el efecto se establezca, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud garantizarán la celebración de contratos de compraventa de servicios con los hospitales para atender las patologías no previstas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, según lo previsto en el artículo 87 del Decreto-ley 1298 de 1994.”</p> <p>Al respecto de la disposición anterior, la Corte había señalado en un caso similar al de la referencia: “Esto quiere decir que existirán casos en los cuales por las condiciones de salud y las necesidades de diagnóstico y tratamiento que necesita el afiliado, la cobertura señalada por el Decreto No. 1895 de 1994 puede ser superada, en atención a la situación excepcional del mencionado afiliado.</p> <p>En conclusión, el disminuido psíquico tendrá un sistema de seguridad social que le debe brindar el tratamiento especializado que necesita: el régimen subsidiado. Así mismo, en situaciones excepcionales, se le atenderá actualmente. En el caso bajo estudio, el actor pretende que la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá le preste el tratamiento asilar, en atención a su condición de persona con graves problemas visuales; sin embargo, como está expuesto anteriormente, el derecho a la seguridad social se manifiesta de una forma diferente a la querida por el peticionario. En efecto, bajo la condición de discapacitado sin capacidad de pago que tiene el accionante, éste puede afiliarse al régimen subsidiado para que se le aplique el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS- y, si aun se mantiene una cobertura que no satisfaga las pretensiones aquí expuestas, puede exigir la revisión de su caso, con el fin de determinar si se encuentra dentro de los supuestos del artículo 13 del Decreto antes citado y lograr la ampliación de la cobertura en su caso específico, situación que no puede ser definida por el Juez de Tutela.</p> <p>En ese orden de ideas, se confirmará la providencia proferida por el Juzgado 25 Civil del Circuito de Santafé de Bogotá, que negó la tutela interpuesta por el señor Armando de Jesús Pérez Cáceres.</p> <p>Resuelve: Primero: CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Veinticinco Civil del Circuito de Santafé de Bogotá, el 22 de abril del presente año, dentro del proceso de la referencia. <i>(Documento 50)</i></p> |
| <p>Sentencia T-644 del 25 de noviembre de 1996.</p> | <p>Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñóz. Demandante: Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia seccional Tolima- Problema jurídico: Acción de tutela en contra del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y del Centro de Educación Especial del Niño Diferente "CEDESNID", para que sean protegidos los derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la integridad física, a la salud, al cuidado y al amor, a la recreación y a la igualdad en favor</p> |

de los menores y personas discapacitadas Juan Carlos Rubio, Liliana Paredes, Luby Andrea Montaña, Deisy Rubio Murcia, Víctor González, John Ramírez, Karina García, Guillermo Hernán Morales, Luz Mila Mora, Rafael Mosquera, Neila Mosquera, Gabriel Andrés Castañeda, Heidy Katerine Gómez, Luis Eduardo Cartagena, Julián Arango, Ancízar Ducuara, María Isabel Martínez, Juan Carlos Echeverry, Humberto Alirio Quinche, Gildardo Cañas, Guillermo Charria, Oliva Díaz, Farley Medina, Alba Nury Torres, Marcy Edith Alvarez, Aracelly Ramírez, Luz Mery Castro, Olga Lucía Baquero, Nubia González y Alvaro Ríos.

Consideraciones Corte Constitucional:

Existe violación de los derechos fundamentales de todas las personas involucradas, bien sea porque el desconocimiento del derecho a la seguridad social afecta derechos fundamentales o porque, en el caso de los niños sus derechos tienen esa naturaleza por expresa definición constitucional; en uno y otro evento la adopción de medidas especiales viene impuesta por la necesidad de brindar protección a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y obedece, además, al mandato según el cual "El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran". El inmueble en donde se encuentran los pacientes no es apto ni adecuado. Ese sólo hecho es suficiente para disponer la protección inmediata. No es posible consentir en las condiciones infrahumanas en que se desarrolla la vida de las personas que allí habitan, cuya condición amerita la actuación pronta y eficaz que concrete en la práctica la especial protección que las normas superiores disponen en su favor.

La Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia -seccional Tolima- instauró acción de tutela en contra del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y del Centro de Educación Especial del Niño Diferente "CEDESNIID", para que sean protegidos los derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la integridad física, a la salud, al cuidado y al amor, a la recreación y a la igualdad en favor de los menores y personas discapacitadas (...)

La Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia -seccional Tolima- instauró acción de tutela en contra del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y del Centro de Educación Especial del Niño Diferente "CEDESNIID", para que sean protegidos los derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la integridad física, a la salud, al cuidado y al amor, a la recreación y a la igualdad en favor de los menores y personas discapacitadas antes mencionadas.

En el escrito de demanda se indica que entre el I.C.B.F.- regional Tolima- y CEDESNIID se celebró un contrato de prestación de servicios por cuya virtud las personas arriba mencionadas fueron trasladadas del Albergue la Esperanza, ubicado en el Municipio de Lérída, a una casa situada en la ciudad de Ibagué que, según lo constató la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y la Familia, es totalmente inadecuada para albergar a 33 personas discapacitadas y a los 8 funcionarios que de ellos se ocupan, situación que genera un hacinamiento riesgoso como quiera que la vivienda está construida para ser habitada por 6 o 7 personas y consta de un solo baño, siendo de señalar que 10 de los menores no controlan los esfínteres y 20 padecen síndrome convulsivo.

| | |
|---|--|
| | <p>El I.C.B.F. pese a ser consciente del problema permitió el traslado y concedió un plazo de 30 días para buscar una casa más adecuada. Empero, la Procuraduría Delegada para la Defensa del Menor y de la Familia estima que la precaria situación de los afectados no admite posponer la solución y por ello solicitó, como medida provisional, que las personas en cuyo favor se impetra la tutela fueran trasladadas al albergue de Lérida y, como medida de carácter definitivo, que el I.C.B.F. dentro de un término perentorio realice las obras "adquiera elementos, contrate el personal profesional requerido, y en general, tome las medidas para el programa de rehabilitación de menores y personas discapacitadas y que les brinde la atención necesaria acorde con las condiciones para el ejercicio de una vida digna".</p> <p>Comparte la Sala el criterio del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué en el sentido de no disponer el traslado de los pacientes a su antiguo albergue, mucho más cómodo, ya que el manejo integral, la asistencia especializada y el apoyo multidisciplinario que requieren justifica su traslado a la ciudad de Ibagué, en donde, de acuerdo con pruebas que obran en autos, se cuenta con la posibilidad de acceder a servicios de salud que no podían serles prestados en Lérida. Se trata, entonces, de lograr que a la mejor atención de la salud se sume el bienestar que una casa mejor dotada pueda brindarles y, por ello, se revocará la sentencia de segundo grado y se confirmará la proferida en primera instancia.</p> <p>Resuelve: Primero. REVOCAR la sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria el 20 de agosto de 1996 y, en su lugar CONFIRMAR la proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué, Sala de Familia, el 12 de julio de 1996, al resolver sobre la acción de tutela de la referencia. <i>(Documento 51)</i></p> |
| <p>Sentencia T-209 del 13 de abril de 1999.</p> | <p>Magistrado Ponente: Dr. Carlos Gaviria Díaz. Demandante: Elsa Mery Tacurí Hernández y Olga Polanco de Iriarte. Problema jurídico: Acciones de tutela contra el Instituto de los Seguros Sociales, por presuntas violaciones de los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la integridad física, a la igualdad y a la vida en condiciones dignas y justas.</p> <p>Consideraciones Corte Constitucional: En el caso de quienes padecen trastorno mental, la noción general de la salud implica, además de la prosecución de los aludidos objetivos generales de bienestar y estabilidad orgánica y funcional, "la autodeterminación y la posibilidad de gozar de una existencia adecuada... que no les pueden ser negadas, y ellas son las que resulten más [convenientes] y ajustadas a su disminuida condición física y mental." Debe recordarse entonces, que "la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente a la [integridad] física sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona." Se trata sin duda, de una garantía que está enraizada en el fundamento mismo del Estado Social de Derecho y que se concreta de diversas formas en los casos de quienes padecen dolencias particularmente gravosas.</p> <p>Disminuidos Físicos y Psíquicos - Estamentos deben suministrar el mejor servicio Médico / Disminuidos Físicos y Psíquicos - Suministro de</p> |

cuidados adecuados para una existencia digna y tranquila.

Es posible exigir a todos los estamentos comprometidos en la prestación de los servicios de salud, que dentro de sus propios límites operativos, económicos y logísticos, proporcionen el mejor servicio médico científicamente admisible y humanamente soportable."Las entidades encargadas de prestar servicios de salud, deben propender por un grado de garantía de máxima utilización de los medios científicos razonablemente disponibles." De ahí que no resulte acertado pensar o sugerir, que nada puede o debe hacerse por pacientes que presentan afecciones permanentes o degenerativas, pues a ellos asisten los mismos derechos que a cualquier otro enfermo, y las obligaciones que pueden predicarse del Estado o de la familia permanecen intactas: prodigar al disminuido físico o mental, los cuidados adecuados para asegurar una existencia digna y tranquila.

Principio de Solidaridad Social para con los Enfermos Mentales – Alcance.

En la base de la estructura de nuestro ordenamiento jurídico, el Constituyente de 1991 fundó el principio de solidaridad social como una forma de cumplir con los fines estatales y asegurar el reconocimiento de los derechos de todos los miembros de la comunidad. Se trata de un principio que, sin duda, recuerda la vocación humana de vivir en sociedad y resalta la necesidad de la cooperación mutua para alcanzar el bienestar y la tranquilidad -ciertamente, también la salud-. En casos de personas que se encuentran en estado de debilidad manifiesta, habida cuenta de los problemas sociales, económicos o de salud que las afectan -enfermos mentales-, estos valores fundados en la mutua colaboración entre los miembros de la colectividad, gozan de una dimensión bien concreta, pues se trata de un postulado fundacional de la estructura del Estado Social de Derecho. Los entes oficiales y los particulares "tienen una obligación irrenunciable de favorecer especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, tal y como lo consagra el artículo 13 de la Constitución, y propender por su integración social, mas aún cuando [como se ha dicho], el reconocimiento de la dignidad humana se refuerza y se integra al garantizar las condiciones mínimas de subsistencia de las personas".

Enfermo Mental - Asistencia de la Familia y Armonización de Intereses.

Cierto es que en principio, la atención y protección de los enfermos son responsabilidades que emanan del principio de autoconservación y se atribuyen en primer término al propio afectado. Si esto no acontece, se esperarí que por su naturaleza estos deberes surgieran de manera espontánea en el seno del núcleo familiar, respaldados siempre en los lazos de afecto que unen a sus miembros. Pero de no ser así, y con el propósito de guardar la integridad del ordenamiento jurídico y social, es posible recurrir al poder estatal. Pero, no puede pensarse que se procura establecer una obligación absoluta y desconsiderada. La asistencia que se predica de la familia respecto de sus miembros enfermos, debe ser establecida de cara a la naturaleza de la enfermedad que se enfrenta y teniendo en cuenta los recursos económicos y logísticos de que se disponga. De este modo, ya sea que se trate de un paciente hospitalizado o de alguien que puede permanecer en su hogar, han de buscarse los medios adecuados para que, junto con la terapia médica convencional, los familiares puedan contribuir al proceso de alivio. Será entonces necesaria la coordinación de esfuerzos para que los particulares cuenten con la asesoría e información necesarias que permitan contribuir eficazmente a la mejora o estabilidad del enfermo. La familia goza de ciertos derechos por los cuales

también ha de velarse. Se trata aquí de una armonización de intereses.

Desde el 13 de febrero de 1989, el señor Jorge Sandro Hernández Tacurí ha sido internado en 16 oportunidades en el Hospital Psiquiátrico San Rafael de la ciudad de San Juan de Pasto, con un promedio de 3 ingresos por año, debido a que el paciente sufre de Esquizofrenia Paranoide, Síndrome Mental Orgánico Convulsivo-epilepsia, y Psicosis Grado III, según los diversos dictámenes médicos que obran el expediente -folios 8 a10 cuaderno 2-.

En el presente caso corresponde a la Corte Constitucional determinar cómo deben actuar el Estado y la familia, para asegurar la garantía y protección del derecho a la salud que asiste a los enfermos mentales -artículos 13 y 49 de la C.P. Para tal efecto, en el presente fallo se procederá a hacer una breve alusión al significado del derecho a la salud dentro de nuestro ordenamiento jurídico, puntualizando su campo de aplicación en casos de trastorno mental, para concluir con las responsabilidades y deberes de diferentes instituciones del Estado y la familia, en el proceso de rehabilitación de dichos pacientes.

“El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento...’.

Ha señalado además, esta Corporación que "la salud es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo", de suerte que el Estado y la sociedad deben proteger un mínimo vital, "por fuera del cual el deterioro orgánico impide una vida normal". Así, la salud supone "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

En este orden de ideas, "la vida humana, en los términos de la garantía constitucional de su preservación [que incluye indefectiblemente la conservación de la salud], no consiste solamente en la supervivencia biológica sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones mínimas de dignidad. La persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y psíquico. Su vida y su salud, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales, en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo."

Derecho a la salud de los enfermos mentales:

En el caso de quienes padecen trastorno mental, esta noción general de la salud implica, además de la prosecución de los aludidos objetivos generales de bienestar y estabilidad orgánica y funcional, "la autodeterminación y la posibilidad de gozar de una existencia adecuada... que no les pueden ser negadas, y ellas son las que resulten más convenientes y ajustadas a su disminuida condición física y mental." Debe recordarse entonces, que "la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente a la integridad física sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona."

Se trata sin duda, de una garantía que está enraizada en el fundamento mismo

del Estado Social de Derecho y que se concreta de diversas formas en los casos de quienes padecen dolencias particularmente gravosas. “Es claro que el Estado tiene una obligación irrenunciable de favorecer especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, tal y como lo consagra el artículo 13 de la Constitución, y propender por su integración social, mas aún cuando el reconocimiento de la dignidad humana se refuerza y se integra al garantizar las condiciones mínimas de subsistencia de las personas”.

De la asistencia en caso de enfermedad:

Ciertas ideas esbozadas en los anteriores apartados deben ser reiteradas con énfasis:

La idea de recuperación:

No se puede perder de vista que, dentro de las finalidades del tratamiento médico, dispensado conjuntamente por profesionales y personas allegadas al paciente, puede perseguirse, o bien la mejoría total en los casos en que ésta sea posible, o bien el control de las afecciones del enfermo con el propósito de disminuir una disfunción que se ha catalogado como crónica y que se estima incurable –no desaparecerá-. Se trata entonces, de un principio que adquiere indiscutible relevancia en los casos de las enfermedades mentales.

Sobre la materia, ha dicho este Tribunal que “no es indispensable, para tener derecho a la atención médica, que el paciente se encuentre en la fase crítica de una enfermedad psicológica o mental. Aceptarlo así equivaldría a excluir, en todos los campos de la medicina, los cuidados preventivos y la profilaxis. Habría que esperar la presencia del padecimiento en su estado más avanzado y tal vez incurable e irreversible para que tuviera lugar la prestación del servicio. En el caso de las enfermedades mentales, si se acogiera dicho criterio, tendría que supeditarse todo tratamiento a la presencia cierta e inminente de la esquizofrenia, la demencia o la locura furiosa. Por supuesto, las entidades públicas o privadas encargadas de prestar los servicios de salud no pueden excluir de su cobertura los padecimientos relacionados con el equilibrio y la sanidad mental y psicológica de sus afiliados o beneficiarios, en ninguna de las fases o etapas de evolución de una determinada patología.”

Así, es posible exigir a todos los estamentos comprometidos en la prestación de los servicios de salud, que dentro de sus propios límites operativos, económicos y logísticos, proporcionen el mejor servicio médico científicamente admisible y humanamente soportable. “Las entidades encargadas de prestar servicios de salud, deben propender por un grado de garantía de máxima utilización de los medios científicos razonablemente disponibles.” De ahí que no resulte acertado pensar o sugerir, que nada puede o debe hacerse por pacientes que presentan afecciones permanentes o degenerativas, pues a ellos asisten los mismos derechos que a cualquier otro enfermo, y las obligaciones que pueden predicarse del Estado o de la familia permanecen intactas: prodigar al disminuido físico o mental, los cuidados adecuados para asegurar una existencia digna y tranquila. La enfermedad -al respecto ya se ha hecho referencia-, no es un fenómeno cuyo tratamiento se agota en la aplicación de ciertos procedimientos científicos, en condiciones determinadas; salud y enfermedad, son estados del cuerpo y del espíritu que difícilmente pueden asirse en un concepto. Sin embargo, sí es posible trazar ciertas líneas generales a partir de los derechos que están comprometidos.

La vida de los seres humanos, por ejemplo, no se limita a la subsistencia biológica; compromete además, esferas de acción y decisión que involucran facultades mentales y hacen necesaria la participación de otras personas. Así, el desarrollo de nuestra personalidad, el ejercicio de nuestros deseos -expresados jurídicamente a través de la consagración de múltiples derechos-, o la conservación del equilibrio físico y psicológico -tantas veces amenazado por distintas patologías-, dependen de la interrelación con el otro. La sociedad y el Estado no cumplen pues, un papel pasivo en el desarrollo del proyecto vital de cada ciudadano; de una u otra forma, deben intervenir para asegurar condiciones que creen el bienestar y contribuyan a la realización de cada individuo.

Esta es una proposición que en el campo de la salud adquiere dimensiones concretas. La salud es un bien jurídico que debe ser protegido por el Estado y por la sociedad, -ya sea la familia u otras comunidades-, que tienen la obligación de asistir al enfermo, garantizándole su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos

No se puede olvidar que "la salud es como una prolongación del derecho a la vida... participa de la dimensión en la que se desenvuelve la dignidad humana, y por tanto, todas las fuerzas del país se encuentran comprometidas en la protección de la persona contra las contingencias que vulneran la salud". En este orden de ideas, no solamente el Estado es responsable de proteger la vida y la salud de los asociados; estas garantías, como todos los derechos fundamentales, deben también ser resguardadas por los particulares, y se convierten por ello en su responsabilidad constitucional. Puede decirse entonces, que "la protección a la persona humana se concreta frente a los actos u omisiones tanto del estado como de los particulares".

Cierto es que en principio, la atención y protección de los enfermos son responsabilidades que emanan del principio de autoconservación y se atribuyen en primer término al propio afectado. Si esto no acontece, se esperaría que por su naturaleza estos deberes surgieran de manera espontánea en el seno del núcleo familiar, respaldados siempre en los lazos de afecto que unen a sus miembros. Pero de no ser así, y con el propósito de guardar la integridad del ordenamiento jurídico y social, es posible recurrir al poder estatal. La Corte ha dicho que "la defensa de los valores supremos del ordenamiento obliga al Estado a intervenir -dentro del marco institucional-, para proteger a las personas en su dignidad humana y exigir la solidaridad social cuando ella sea indispensable para garantizar derechos fundamentales como la vida y la salud".

Pero, no puede pensarse que se procura establecer una obligación absoluta y desconsiderada. La asistencia que se predica de la familia respecto de sus miembros enfermos, debe ser establecida de cara a la naturaleza de la enfermedad que se enfrenta y teniendo en cuenta los recursos económicos y logísticos de que se disponga. De este modo, ya sea que se trate de un paciente hospitalizado o de alguien que puede permanecer en su hogar, han de buscarse los medios adecuados para que, junto con la terapia médica convencional, los familiares puedan contribuir al proceso de alivio. Será entonces necesaria la coordinación de esfuerzos para que los particulares cuenten con la asesoría e información necesarias que permitan contribuir eficazmente a la mejora o estabilidad del enfermo. La familia goza de ciertos derechos por los cuales también ha de velarse. Se trata aquí de una armonización de intereses a los que

este Tribunal ya ha hecho referencia:

“En los casos de peligro o afectación de la salud de una persona, [en particular la] mental y psicológica, no solamente están comprometidos los derechos fundamentales que a ella corresponden sino los de sus allegados más próximos, los de la familia como unidad y núcleo esencial de la sociedad que merece especial protección, y los de la colectividad”. Es pues, deber del juez constitucional armonizar los intereses en juego y respetar la condición de cada cual.

De los casos concretos:

Jorge Sandro Hernández Tacurí y Sergio Iriarte Polanco, de acuerdo con dictámenes médicos que reposan en los expedientes -folio 10 cuaderno 2, y folio 4 cuaderno 2, respectivamente-, sufren de esquizofrenia paranoide crónica que amerita tratamiento médico permanente. Sin embargo, en su momento, los especialistas de las instituciones psiquiátricas donde fueron atendidos, concordaban en afirmar que debía suspenderse la internación de los pacientes, pues las crisis habían disminuido y el estado general de su enfermedad se había estabilizado. A juicio de los mismos psiquiatras, no resultaba conveniente mantener hospitalizados indefinidamente a Jorge Sandro y a Sergio, pues se encontraban en una etapa del tratamiento que hacía aconsejable su traslado a un ambiente que, como el hogar, es más adecuado para sus necesidades actuales -folio 3 cuaderno 3, y folio 148 cuaderno 2-.

El mismo acervo probatorio indica que se trata de pacientes que no revisten peligro para las personas que los rodean, y que han presentado un comportamiento pacífico. En efecto, en el caso de Jorge Sandro, su madre ha afirmado: "la asistencia médica que nos han dado -por parte del I.S.S. desde que se dio de alta al paciente-, pareciera que le ha ayudado a él a mejorar su comportamiento y también nos ha ayudado a nosotros a aceptarlo" -testimonio rendido ante la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Pasto, cuaderno 3-. En relación con la situación de Sergio, el representante científico de la E.P.S tratante -I.S.S.-, señaló que "la responsabilidad de los enfermos incurables no puede ser entregada al Seguro Social, no es delegable, pues la familia puede contribuir en forma definitiva al cuidado de este paciente en su hogar, acogiéndolo con comprensión y entendiendo que es una persona enferma, suministrándole los medicamentos formulados, llevándole a las consultas médicas asignadas, propiciándole un ambiente de convivencia sana."

Así, principios fundamentales de ética médica, y las mismas evidencias que se encuentran a disposición de la Corte, permiten afirmar que es posible, incluso necesario, que pacientes cuyo cuadro clínico haga aconsejable dicha decisión, sean remitidos a sus casas para continuar allí con el tratamiento. En el presente caso, se puede comprobar que la decisión tomada por los centros de salud concordaba con los hechos observados y con razonables expectativas de rehabilitación.

Pero estas recomendaciones, científicamente fundadas, y que en su momento constituyeron el procedimiento adecuado a seguir, no excluían entonces, ni excluyen ahora, la posibilidad de recaídas -como en todo cuadro crónico-. Que éstas ocurran, no quiere decir que sea imposible intentar nuevas alternativas de tratamiento, en las que, como tantas veces se ha dicho, la familia cumple un papel preponderante. En este mismo sentido, que se inicie la exploración de

nuevas posibilidades terapéuticas, en las que se busca involucrar a las personas cercanas al paciente, no implica que las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud, desatiendan sus obligaciones o descuiden el control de sus pacientes.

En el expediente puede constatarse que luego de la remisión de los pacientes a sus hogares -desde mediados de diciembre de 1997-, se presentaron crisis que obligaron su reinternación hospitalaria -el 14 de enero de 1999 en el caso de Jorge Sandro y el 18 de febrero de 1998 en el caso de Sergio-. Con el tratamiento adecuado y un cuidadoso seguimiento de su evolución, se puede afirmar, hoy en día, que en el caso de Jorge Sandro “las condiciones actuales del paciente permiten continuar un tratamiento ambulatorio especializado (psiquiatría, neurología) -cuaderno 2, folio 109-, y que respecto a Sergio, “el paciente nuevamente se está compensando, acepta órdenes, tiene buen ciclo del sueño y adecuado control de impulsos.... lo que hace conveniente la iniciación de un programa de hospitalización parcial” –cuaderno, folio 183.

Llama la atención de la Sala, que en ambos casos, uno de los factores que influyeron en su proceso de recaída, guarda directa relación con el comportamiento desplegado por la familia en el intento de rehabilitación. En los documentos a los que se acaba de hacer referencia se aprecia, por ejemplo, que “el paciente –Jorge Sandro-, se encuentra en un notorio estado de abandono y descuido terapéutico por parte de la familia”; y que Sergio, al momento de su reingreso a la Clínica San Juan de Dios “está descuidado en su presentación personal”.

No se escapa de la atención de la Corte que las circunstancias que son objeto de su consideración, se desarrollan alrededor de una enfermedad grave -la esquizofrenia-, que afecta no sólo a quien la padece sino, eventualmente, a las personas que se encuentran al lado del enfermo. Sin embargo, en situaciones concretas como las que se estudian, y habida cuenta de los pronunciamientos médicos que recomiendan el traslado de Jorge Sandro y de Sergio, es necesario resaltar la función que cumple el principio de solidaridad en las relaciones sociales, y concretamente en el funcionamiento familiar. La comprensión y el cariño, son fundamentales en el proceso de recuperación de un paciente, la aceptación y el apoyo resultan esenciales para permitir que los enfermos se reintegren a un ambiente digno y acogedor. Bien es cierto, que en el caso de trastornos mentales nos enfrentamos a actos y comportamientos que nos resultan extraños y que difícilmente podemos explicar; empero, no es el temor y el alejamiento la manera de encarar estos hechos, no son la indiferencia y el rechazo, las formas de responder a las necesidades de quienes por el afecto y por la sangre nos resultan más cercanos.

Atendidas las circunstancias, cualquier programa de hospitalización parcial o de tratamiento ambulatorio requiere del compromiso familiar brindando apoyo y colaboración para la asistencia a consultas y terapias, el mantenimiento de una adecuada presentación personal, la supervisión en el desplazamiento y el cumplimiento de normas, la toma de medicación, el estímulo afectivo y emocional para la recuperación del paciente, reuniones familiares de acuerdo con lo programado con el equipo terapéutico y demás actividades que contribuyan eficazmente a la estabilidad y bienestar de los enfermos dentro del comprensible estado de sus dolencias.

Ahora bien: lo anterior no quiere decir que se dejen desprotegidos los derechos de la familia, o que el Estado haya sido relevado de sus obligaciones con respecto a personas que necesitan de su ayuda. Como se ha visto, la remisión de los citados pacientes a sus hogares constituye, de acuerdo con los análisis hechos, el siguiente paso recomendable dentro de su tratamiento; pero también significa que el I.S.S., a través de las entidades que designe, -y tal como ellas lo han manifestado-, deberá continuar prestando la atención debida que demande el enfermo, en el control de su mal y en su proceso de reinserción al núcleo familiar; y la que pueda solicitar la familia, para afrontar y comprender debidamente el retorno de una persona a su cotidianidad, evitando traumatismos y fomentando un ambiente de sana y cariñosa convivencia.

Esta tarea de control que le compete al Estado, debe cumplirse en todo momento, independientemente de las modalidades que pueda adoptar la prestación de un servicio determinado, y debe ser efectiva, es decir, no puede quedarse en el plano de la simple intención o de la actitud pasiva, pues sería tanto como pedir la protección de un derecho –en este caso la salud-, pero no hacer nada para garantizarlo. En este orden de ideas, resulta necesario insistir en la necesidad de cumplir con los deberes propios que el cuadro médico concreto demanda, que se traducen en la prestación de servicios profesionales dentro y fuera de las instalaciones clínicas y que consisten en “atención psiquiátrica, psicológica, medicina general, terapia ocupacional en los horarios descritos, alimentación, administración de medicamentos, terapias individuales y grupales, etc.”.

“La asistencia social [en todas sus modalidades]. es un principio de justicia distributiva; en tal sentido el Estado y la sociedad dan asistencia a sus miembros según las necesidades lo exijan” en el caso sub examine, merece que se le preste a los pacientes afectados, toda la atención y el cuidado que necesitan, ya sea que estén hospitalizados, ya sea que, de acuerdo con las valoraciones hechas, se considere aconsejable remitirlos a sus hogares; se trata de decisiones en las que como se ha dicho, se compromete además de un criterio científico, la colaboración y solidaridad de las familias.

Por último, y a manera de síntesis: la existencia de una patología mental crónica, no puede encontrar como respuesta el desinterés y desafecto de las personas cercanas al paciente; tampoco puede solucionarse -y así lo aconseja la medicina moderna-, a través del innecesario e indefinido confinamiento del enfermo en las instalaciones de un centro médico. Los temores y reticencias frente a situaciones que sobrepasan los límites de nuestro entendimiento y de nuestra experiencia vital -de los cuales los males mentales son un típico ejemplo-, no pueden evadirse argumentando desconcierto o incomodidad. La propia naturaleza humana, el cariño, y los lazos nacidos de la convivencia familiar, que se expresan de múltiples y concretas maneras en el ordenamiento jurídico -v.g. solidaridad, vida digna, salud-, exigen que nos sobrepongamos a nuestras perplejidades y participemos activamente propiciando el bienestar de otros.

Resuelve:

Primero. CONFIRMAR los fallos proferidos por la Sala de Casación Civil - Agraria de la Corte Suprema de Justicia del 28 de noviembre de 1997 y por la Sala de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Santafé de Bogotá del 12 de diciembre de 1997, a través de los cuales se deniega el amparo solicitado por Elsa Mery Tacurí Hernández y Olga Polanco de Iriarte.

| | |
|--|---|
| | <p>Segundo. ORDENAR al Instituto de Seguros Sociales prestar la asistencia médica y de orientación que precisen tanto los enfermos, como sus familias durante el tiempo necesario para permitir la adecuada readaptación.</p> <p>Tercero. PREVENIR al Instituto de Seguros Sociales para que continúe brindando la atención ambulatoria que necesitan los pacientes y, en caso de ser indispensable, permitan el reingreso de los enfermos a los centros hospitalarios o psiquiátricos que puedan suministrarles un adecuado tratamiento.</p> <p>Cuarto. ORDENAR a los jueces de primera instancia que dispongan de los mecanismos necesarios –v.g. pedir al I.S.S. informes periódicos sobre la evolución de los pacientes, ordenar visitas a los mismos-, que hagan efectiva la garantía de los derechos que en este fallo se protegen y aseguren el bienestar. (Documento 52)</p> |
| <p>Sentencia T-364 del 20 de mayo de 1999.</p> | <p>Magistrado Ponente: Dr. Alejandro Martínez Caballero Demandante: Maritza Madera y otros. Problema jurídico: Vendedora de libros en el parque municipal Laureano Gómez de Montería y solicita que el alcalde de esa ciudad no ordene el desalojo de su sitio de trabajo o la reubique en otro lugar. La misma peticionaria reconoce que nunca le han querido dar el permiso para ocupar ese espacio público, agrega que la mayoría de los vendedores ambulantes tienen permiso pero que <i>“hay dos solamente que no tienen permiso que soy yo y otro”</i>. Ninguna prueba adjuntó para demostrar la confianza legítima en la ocupación del mencionado espacio público.</p> <p>Consideraciones Corte Constitucional: El artículo 13 de la C. P. establece la protección especial del Estado para aquellas personas que se hallen en debilidad manifiesta, por su condición física, mental o económica. A su vez el artículo 54 ibídem establece que “Es obligación del Estado y los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud”.</p> <p>Dentro de los ordenamientos legales, la ley 361 de 1997, establece en su artículo 4 la obligación ineludible del Estado de poner a disposición todos los recursos necesarios para la protección de los minusválidos. Entre los objetivos de la protección está la “integración laboral”. Para la integración laboral de las personas con limitaciones físicas, la normatividad internacional también es prolija. Están, por ejemplo, la declaración de los derechos humanos proclamada por las Naciones Unidas en 1948, la declaración de los derechos del deficiente mental aprobada por la ONU en 1971, la declaración de los derechos de las personas con limitación, aprobada por la Resolución 3447; en 1975; el Convenio 159 de la OIT, la Recomendación 168 de la misma OIT, artículos 1 a 14; la declaración de Sund Berg de Torremolinos de la UNESCO en 1981, la declaración de las Naciones Unidas concerniente a las personas con limitación de 1983.</p> <p>Es apenas justo proteger a los minusválidos. Y no es justo que se hallen de repente en el desempleo total, con franco deterioro para su forma de vivir, lo cual implica la propagación de la pobreza, que según la OIT es “moralmente inadmisibles y económicamente irracional”. En estos casos la protección al trabajo no se puede desligar de la realidad del desempleo, lo cual conlleva a una intervención del Estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 334 de la</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Constitución, que precisamente en uno de sus apartes indica: El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos”. El objetivo tendrá que ser una protección tal que las políticas de ajuste estructural no pueden llegar a la deshumanización, ni menos a aumentar el gravísimo problema del desempleo. Para ello el juez de tutela en sus decisiones, como funcionario del Estado, debe hacer una lectura integrada del artículo 334, del artículo 25 sobre derecho al trabajo y del artículo 54 C.P. Esta última norma de carácter programático, se torna en una disposición activa, que apunta hacia el bienestar el empleo inmediato y del entorno en que se vive y que señala para los habitantes de la República un derecho a algo, enmarcado dentro de la intervención del Estado en la economía y compaginado con la cláusula del Estado social de derecho, convirtiéndose así el derecho al empleo en algo que no puede estar distante del derecho al trabajo.</p> <p>Resuelve:</p> <p>Primero. REVOCAR la decisión contenida en el expediente T-199799, cuyo solicitante es Maritza Madera Torres, por las razones expuestas en el presente fallo y en su lugar NO CONCEDER la tutela instaurada.</p> <p>Segundo. CONFIRMAR la protección al trabajo contenida en la sentencia proferida en el caso de María Ramos Escorcía, T- 199800 por las razones indicadas en la parte motiva, pero MODIFICAR la orden en el sentido de ordenar al Alcalde de Montería que en el término de ciento veinte días hábiles reubique a la solicitante o se permitan las otras opciones indicadas en la parte motiva, previo acuerdo con la interesada.</p> <p>Tercero. CONFIRMAR la decisión de instancia proferida en el caso de Ilder Lucumí Banguero T-199879 en cuanto no concedió la tutela impetrada.</p> <p>Cuarto. REVOCAR las decisiones tomadas en la tutela T-200448 instaurada por Luz Marlene Arias Rodríguez y Héctor Arias y en su lugar CONCEDERLA en el sentido de ORDENAR al Alcalde Local de Puente Aranda que en el término de sesenta días hábiles reubique a los peticionarios, o se adopte alguna de las otras opciones a las cuales se hizo referencia en la parte motiva, con la aceptación de los interesados y previo acuerdo con éstos y con el INCI, en un lugar donde, sin violarse la ley, puedan ejercer su labor de vendedores ambulantes. En caso de incumplimiento por parte el Alcalde se tramitará el desacato y las acciones penales correspondientes.</p> <p>Quinto. Por la Secretaría procédase a cumplir con lo establecido en el artículo 36 del decreto 2591 de 1991. (Documento 53)</p> |
| <p>Sentencia T-513 del 16 de julio de 1999.</p> | <p>Magistrada Ponente (e): dra. Martha Victoria Sáchica de Moncaleano.</p> <p>Demandante: Mónica Cecilia Otálvaro Mejía, obrando en nombre y representación de su menor hijo Juan Sebastián Zapata.</p> <p>Problema jurídico: Acción de tutela con el objeto de obtener el amparo de sus derechos fundamentales a la educación (artículo 67, C.P.), protección de la niñez (artículo 44, ibíd.) y de las personas discapacitadas (artículo 47. ibíd.), que considera vulnerados por la negativa de la directora del Centro Educativo Guadalupano La Salle, de la ciudad de Medellín, de aceptar el ingreso del menor para cursar estudios en este plantel educativo.</p> <p>Consideraciones de la Corte Constitucional: Considera que dicha decisión se fundamenta en razones pedagógicas y</p> |

locativas del centro educativo que no justifican de manera suficiente el desconocimiento de los derechos de su hijo, toda vez que pesar de las limitaciones físicas que tiene (parálisis de las piernas e hidrocefalia), el menor cumple con los requisitos para ingresar a ese centro educativo y cuenta con el apoyo pedagógico del Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia.

En consecuencia, solicita la protección de los derechos invocados en favor de su menor hijo, en razón de su condición, de suerte que se garantice su acceso a la educación ordenando a la entidad demandada autorizar su matrícula en ese plantel y suministrar los elementos necesarios para su desarrollo pedagógico. El menor Juan Sebastián Zapata Otálvaro, tiene una enfermedad congénita denominada mielomeningocele, (espina bífida lumbar) la cual se manifiesta en parálisis de las extremidades inferiores e hidrocefalia, que requieren del implante de dos válvulas, terapia física y control permanente.

En este orden, la Sala concluye que el derecho a la educación y a un desarrollo armónico e integral de Juan Sebastián Zapata ha sido vulnerado por las directivas del Centro Educativo Guadalupano La Salle, quienes adujeron razones que no son válidas para negarle el cupo, según se ha dejado expuesto. Por tanto, se procederá a revocar parcialmente la sentencia que se revisa y en su lugar se concederá el amparo solicitado, con las siguientes precisiones. En primer lugar, como el año escolar correspondiente a 1999 ya ha transcurrido en más de la mitad, sería absurdo pensar en ordenar que el menor sea matriculado por el Colegio para el curso segundo primaria, pues no estaría en las condiciones académicas para recuperar en seis meses lo que se debe aprender en un año. Por consiguiente, y en aras de lograr un resultado adecuado con el amparo que se otorgará, que beneficie en especial al menor, pero adicionalmente también al colegio y a la comunidad educativa en general, se dispondrá que a Juan Sebastián se le permita ingresar inicialmente y por este período, como “asistente” al curso de segundo primaria en el citado establecimiento educativo, con los mismos derechos, deberes y obligaciones que los demás niños que hacen parte de dicho curso, salvo en lo referente a la validez de notas y calificaciones.

Lo anterior, por cuanto como ya se ha observado al no haber cursado el primer semestre lectivo, para él no es posible dar por aprobados o cumplidos los logros que se exigen para dicho grado, pero su asistencia le permitirá un proceso de integración gradual que facilitará su posterior incorporación en el año siguiente a cursar con todos los requerimientos dicho nivel escolar. No obstante, con la salvedad de que eventualmente se considere por las directivas del centro educativo, que Juan Sebastián pudo reunir los logros y exigencias para ingresar al curso superior, previas las evaluaciones correspondientes. En todo caso, para el año 2000, el colegio estará en la obligación de autorizar su matrícula para el mismo curso.

En segundo lugar, debe precisarse que los padres de Juan Sebastián deberán asumir las obligaciones a su cargo, en los términos de los artículos 44 y 67 de la Constitución, en cuanto deberán no sólo cancelar el valor de la matrícula y la pensión del menor, sino en especial, llevar y recoger al menor todos los días, y trasladarlo dentro de las instalaciones en las horas de ingreso, recreos o descansos y al final de la jornada académica. De igual modo, deberán respetar la autonomía de la institución educativa, en el proceso de enseñanza de su menor hijo y acatar las directrices que señalen las directivas del colegio, así

| | |
|--|---|
| | <p>como al profesor del niño, en aras de cumplir con los objetivos propios de ese proceso educativo y en beneficio del niño.</p> <p>Resuelve:</p> <p>Primero. REVOCAR parcialmente la sentencia del diecisiete (17) de marzo de mil novecientos noventa y nueve (1999), proferida por el Juzgado Quince Penal Municipal de Medellín. En su lugar, CONCEDER la tutela de los derechos a la educación y al desarrollo armónico e integral del menor JUAN SEBASTIAN ZAPATA OTALVARO, vulnerados por las directivas del Centro Educativo Guadalupano La Salle.</p> <p>Segundo. ORDENAR a la Directora del Centro Educativo Guadalupano La Salle, que a más tardar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, proceda a autorizar la matrícula para el curso de segundo primaria al niño JUAN SEBASTIAN ZAPATA OTALVARO a partir de la iniciación del segundo semestre de 1999, bajo los siguientes parámetros: Al menor se le deberá permitir ingresar como “asistente” al curso de segundo primaria en el citado establecimiento educativo para el resto de 1999, con los mismos derechos, deberes y obligaciones que los demás niños que hacen parte de dicho curso, salvo en lo referente a ser sometido a evaluaciones y calificaciones, en la medida en que al no haber cursado el primer semestre lectivo por razones ajenas a su voluntad, no es posible dar por aprobados o cumplidos los logros que se imponen para dicho grado. Lo anterior, con la salvedad de que eventualmente se considere por las directivas de ese Centro Educativo que el menor puede reunir los logros y exigencias para ingresar al curso superior, previas las evaluaciones correspondientes. En todo caso, para el año 2000, el colegio estará en la obligación de autorizar su matrícula para el mismo curso.</p> <p>Tercero. ADVERTIR a los padres de Juan Sebastián Zapata Otálvaro, que deberán asumir las obligaciones a su cargo, en los términos de los artículos 44 y 67 de la Constitución, no sólo en cuanto se refiere a la cancelación del valor de la matrícula y la pensión, sino en especial, las del traslado y desplazamiento cotidiano del menor hacia y de regreso del colegio, como en los recreos o descansos y demás actividades que realicen los alumnos en el establecimiento.</p> <p>Cuarto. Corresponde al Juzgado Quince Penal Municipal de Medellín, velar por el estricto cumplimiento de lo dispuesto en la presente providencia, en los términos del Decreto 2591 de 1991.</p> <p>Quinto. Por Secretaría General, líbrense las comunicaciones de que trata el artículo 36 del decreto 2591 de 1991 (Documento 54)</p> |
| <p>Sentencia T-620 del 23 de agosto de 1999.</p> | <p>Magistrado ponente: dr. Alejandro Martínez Caballero.</p> <p>Demandante: Nubia Stella Pomares de la Rosa.</p> <p>Problema jurídico: Discapacitado - Protección Cualificada. Educación Especial. Menor Discapacitado -Trato Especial. Los menores discapacitados no sólo tienen una importante proclamación de derechos, sino que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 2 de la Carta, aquellos pueden exigir el cumplimiento y la efectividad de sus derechos y de las garantías consagradas legal y constitucionalmente, pues "aparte del tratamiento de favor que debe dispensarse al niño, en cualquier proceso social, en el presente la consideración de disminuido psíquico del menor supone un trato todavía más especial.</p> <p>Consideraciones de la Corte Constitucional: No todos los derechos y garantías de las personas con limitaciones, que la</p> |

Constitución consagra, se aplican inmediatamente, pues algunas garantías como las políticas de previsión, rehabilitación e integración social tienen un carácter programático que si bien no se aplican de manera inminente deben ser desarrolladas.

Educación Especial del Menor – Subreglas.

Después de ponderar situaciones concretas en las que se discutía la necesidad de una educación especial para los menores, varias sentencias de la Corte Constitucional, permiten deducir las siguientes subreglas: a) la acción de tutela es un mecanismo judicial idóneo para la protección del derecho a la educación de los menores discapacitados. b) la educación especial se concibe como un recurso extremo, esto es, se ordenará a través de la acción de tutela sólo cuando valoraciones médicas, psicológicas y familiares la consideren como la mejor opción para hacer efectivo el derecho a la educación del menor. c) Si está probada la necesidad de una educación especial, esta no puede ser la excusa para negar el acceso al servicio público educativo. d) En caso de que existan centros educativos especializados y que el menor requiera ese tipo de instrucción, esta no sólo se preferirá sino que se ordenará. e) Ante la imposibilidad de brindar una educación especializada, se ordenará la prestación del servicio público convencional, hasta tanto la familia, la sociedad y el Estado puedan brindar una mejor opción educativa al menor discapacitado.

De acuerdo con valoración psicológica, el niño Juan Pablo Rivero presenta “retardo en su desarrollo mental”, como quiera que pese a que su edad cronológica es de 12 años, su edad mental es de 5 años, por lo que “los resultados arrojan indicios de una posible lesión cerebral”.

Ni la ley ni la Constitución (C.P. art. 4º), y en especial, no pueden desconocer el núcleo irreductible de los derechos de los menores. Es más, de acuerdo con el artículo 44 de la Carta, la educación de los niños es un derecho fundamental expreso y prevalente. Por esta razón, en varias ocasiones, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha limitado la autonomía educativa de los colegios, en defensa de los intereses concretos de los menores. Así pues, sólo para referirse a algunos ejemplos, la Sala recuerda ordenes de reintegro al colegio de alumnos a quienes con la actuación de los centros educativos se les desconoció el debido proceso, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la educación, el derecho a la igualdad de los menores.

De todo lo expuesto, para el caso sub iudice, surgen dos conclusiones: De un lado, en principio, el colegio accionado puede señalar reglas de organización interna para efectos de admisión de sus alumnos, pero ello no significa que su autonomía lo autoriza a desconocer especiales condiciones para los menores. De otro lado, es claro, que lo anterior deja intacto el derecho a la educación del menor, pues es indiscutible que Juan Pablo Rivero no sólo tiene el derecho fundamental y prevalente a la educación (C.P. 67) sino que, por su condición, exige una especial protección del Estado (C.P. art. 13). Ahora bien, en este contexto surge una pregunta obvia ¿en el presente caso, a qué tipo de educación se refiere el artículo 67 de la Carta? Precisamente, la respuesta a ese interrogante origina la discusión entre las directivas del colegio, quienes consideran que debe ser una educación especial, y la madre de Juan Pablo, quien afirma que debe ser una educación formal, al igual que la que se presta a cualquier niño. Entra pues, la Corte a resolver ese interrogante.

Protección cualificada para los discapacitados y educación especial:

En reiterada jurisprudencia de esta Corporación, se ha dicho que todos los niños tienen derecho a una igualdad de oportunidades en el acceso al sistema educativo. Sin embargo, la igualdad de trato de los niños “no consiste en la identidad absoluta, sino que en ocasiones tiene que basarse sobre unas diferencias reales, para dar tratamiento equitativo”. En otras palabras, la igualdad de oportunidades de ingreso y permanencia en la prestación de este servicio público, no siempre debe ser idéntica para todos los menores, pues precisamente el desarrollo del principio de la igualdad supone tratos jurídicos diferentes para situaciones disímiles.

En este contexto, la Sala resalta que la Constitución de 1991 es clara en reconocer especiales condiciones educativas para los niños discapacitados y, al mismo tiempo, impuso al Estado el deber de garantizarlas. En efecto, el artículo 47 de la Carta señala que el Estado tiene el deber de adelantar políticas de previsión, rehabilitación e integración social para “los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. Igualmente, el artículo 68 de la Constitución determinó que es una obligación especial del Estado “la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales”.

De igual manera, el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño que adoptó la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y que fue aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, dispone que “los Estados Parte reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales”, los cuales estarán destinadas “a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible”. Al mismo tiempo, el numeral e) del artículo 13 del Protocolo Adicional a la Convención sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, es contundente cuando determina que “se deberán establecer programas de enseñanza diferenciada para los minusválidos a fin de proporcionar una especial instrucción y formación a personas con impedimentos físicos o deficiencias mentales”. El artículo 18 de esa misma disposición señala que “toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados Partes se comprometen a... c) incluir de manera prioritaria en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo”

Así mismo, el artículo 223 del Código del Menor señaló que los menores con deficiencias físicas o mentales tienen “derecho a recibir la educación especializada”. Igualmente, el artículo 46 de la Ley 115 de 1994 determina que la educación para personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio público educativo”, para lo cual la Nación y las entidades territoriales “podrán contratar con entidades privadas los apoyos pedagógicos, terapéuticos necesarios para la atención” de las personas discapacitadas. De igual manera, la Ley General de Educación señala que “el gobierno Nacional dará ayuda especial a las entidades territoriales para

establecer aulas de apoyo especializadas en los establecimientos educativos estatales de su jurisdicción que sean necesarios para el adecuado cubrimiento, con el fin de atender, en forma integral, a las personas con limitaciones”. (C.P. art. 48).

En este mismo sentido, el Decreto 2082 de 1996, que reglamentó las anteriores normas, impuso, a los departamentos, distritos y municipios, la obligación de organizar un plan de cubrimiento gradual para la adecuada atención educativa de las personas discapacitadas (art. 12). Igualmente, estableció que los establecimientos educativos estatales adoptarán o adecuarán el proyecto educativo institucional, para atender debidamente a la población con limitaciones físicas o mentales, lo cual deberá hacerse antes del 8 de febrero del año 2000 (art. 16 y 17).

Finalmente, la Ley 361 de 1997 “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación”, en su artículo 10º señaló que “el Estado Colombiano en sus instituciones de Educación pública garantizará el acceso a la educación y la capacitación en los niveles primario, secundario, profesional y técnico para personas con limitación, quienes para ello dispondrán de una formación integral dentro del ambiente más apropiado a sus necesidades especiales”.

Pues bien, conscientes de que la responsabilidad estatal a que se ha venido refiriendo la Sala, genera un costo económico considerable, los artículos 350, 356 y 357 de la Carta determinaron que las autoridades nacionales y territoriales destinarán obligatoriamente un porcentaje importante de recursos, a la educación. Por lo tanto, es claro que si bien el costo de la educación de los menores es una responsabilidad de la familia, de la sociedad y del Estado, principalmente corresponde a este último el deber imperativo de garantizar el acceso y la permanencia al sistema educativo a los menores discapacitados. (C.P. art. 67).

De todo lo anterior, la Sala encuentra tres conclusiones: la primera relativa a que los menores discapacitados no sólo tienen una importante proclamación de derechos, sino que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 2º de la Carta, aquellos pueden exigir el cumplimiento y la efectividad de sus derechos y de las garantías consagradas legal y constitucionalmente, pues “aparte del tratamiento de favor que debe dispensarse al niño, en cualquier proceso social, en el presente la consideración de disminuido psíquico del menor supon[e] un trato todavía más especial”. La segunda conclusión es que no todos los derechos y garantías de las personas con limitaciones, que la Constitución consagra, se aplican inmediatamente, pues algunas garantías como las políticas de previsión, rehabilitación e integración social (C.P. art. 47) tienen un carácter programático que si bien no se aplican de manera inminente deben ser desarrolladas.

Finalmente, de lo expuesto se colige que una forma de promover las condiciones para que sea efectivo el derecho a una igualdad de oportunidades en el acceso al sistema educativo de los menores discapacitados, es otorgarles un trato cualificado y privilegiado. Por lo tanto, en algunas oportunidades, el derecho a la educación especial, esto es, aquella que “está constituida por un conjunto de procesos remediales de las necesidades educativas y vocacionales de los niños con limitaciones de tipo sociocultural, psicoafectivo, cognoscitivo y neurocortical”, puede constituirse en un instrumento idóneo, adecuado y necesario para “la

normalización social plena y la total integración de las personas con limitación” (art. 2 de la Ley 361 de 1997).

Con todo, para algunos críticos la educación especial podría promover formas de discriminación, como quiera que podría conducir al aislamiento de los discapacitados, o podría orientar a la negación del derecho, por la insuficiencia de colegios y de escuelas especializadas en el país. Después de ponderar situaciones concretas en las que se discutía la necesidad de una educación especial para los menores, varias sentencias de la Corte Constitucional, permiten deducir las siguientes subreglas: a) la acción de tutela es un mecanismo judicial idóneo para la protección del derecho a la educación de los menores discapacitados. b) la educación especial se concibe como un recurso extremo, esto es, se ordenará a través de la acción de tutela sólo cuando valoraciones médicas, psicológicas y familiares la consideren como la mejor opción para hacer efectivo el derecho a la educación del menor. c) Si está probada la necesidad de una educación especial, esta no puede ser la excusa para negar el acceso al servicio público educativo. d) En caso de que existan centros educativos especializados y que el menor requiera ese tipo de instrucción, esta no sólo se preferirá sino que se ordenará. e) Ante la imposibilidad de brindar una educación especializada, se ordenará la prestación del servicio público convencional, hasta tanto la familia, la sociedad y el Estado puedan brindar una mejor opción educativa al menor discapacitado. Por consiguiente, la jurisprudencia ha considerado que la educación especializada, a priori, no puede considerarse un motivo de discriminación sino que por el contrario se constituye en un mecanismo eficaz e idóneo para promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva (C.P. art. 13).

En virtud de lo anterior y del actual estado de nuestra legislación, esta Sala reitera que, al momento de proferirse esta sentencia, un niño que por sus condiciones particulares, está física, psicológica o mentalmente limitado (i) y, si después de las valoraciones pertinentes se concluye que requiere la prestación del servicio educativo especializado (ii) y, además se prueba que el Estado, la sociedad o la familia disponen de los medios adecuados para la prestación del servicio; podrá exigir inmediatamente la garantía constitucional y legalmente otorgada a su derecho a la educación.

En este mismo sentido, el menor discapacitado podrá solicitar la protección de su derecho a la igualdad de acceso al sistema educativo, pues la ausencia de prestación del servicio no está justificada, lo cual conlleva a una discriminación por omisión de un trato especial. En efecto, la jurisprudencia ya se ha referido a las circunstancias en las cuales las autoridades y los particulares se obligan a otorgar una protección diferente y especial a grupos o personas que se encuentran en situaciones de debilidad manifiesta, las cuales “autorizan una “diferenciación positiva justificada” en favor de sus titulares”. Por consiguiente, “cuando el sistema educativo, las actividades culturales y deportivas, el transporte, los edificios públicos, etc, no contemplan la situación singular de los discapacitados, se propicia su exclusión de los beneficios del progreso y su virtual destierro de la vida comunitaria”.

Pues bien, con base en los anteriores criterios, entra pues la Sala a resolver la situación concreta de Juan Pablo Rivero. La valoración psicológica del menor, fue realizada por el psicólogo Miguel Angel Tapias Vásquez, quien se encuentra adscrito a la regional Sucre del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para la cual aplicó el “Test Bender”. En razón a la importancia de esa valoración para

resolver el caso concreto, a continuación se transcribe la mayor parte de aquel:

“El puntaje obtenido por Juan Pablo, está casi ocho desviaciones Estándar por debajo de la media de su grupo de edad, su percepción visomotora groseramente defectuosa corresponde al nivel de maduración de un niño de 5 años 2 meses del Jardín de infantes.

Evaluación intelectual, en el momento de la prueba Juan Pablo, tenía una edad cronológica de 12 años y 2 meses, y su nivel de maduración de la percepción visomotora era de 5 años y 2 meses, esto indica que Juan Pablo, tiene un C.I. = 42.

Madurez para el aprendizaje Escolar, la madurez perceptual de Juan Pablo se asemeja a la de un niño del jardín de infantes, todavía no está preparado para iniciar el ciclo de educación formal o educación básica primaria (E.B.P.) (...)

Resumen del Análisis:

El protocolo de Juan Pablo indica que es un deficiente mental, con posible lesión cerebral, cuya madurez visomotora corresponde a un niño de 5 años y 2 meses. No está preparado para iniciar el aprendizaje escolar formal. Obtuvo una edad mental en el dibujo de la figura humana correspondiente a la de un niño de 5 años y 5 meses, lo cual coincide con los datos aportados por el Bender”

Vemos pues, que la claridad de la anterior valoración psicológica le permite concluir a la Sala que Juan Pablo Rivero es un menor discapacitado, que requiere de educación especializada. Ahora bien, en la inspección judicial que se practicó en el presente caso, se encontró que el menor está actualmente matriculado en la “unidad de atención especial integral”, la cual es una de las dos instituciones públicas que prestan el servicio público de educación especializada en el departamento de Sucre. No obstante, por dificultades económicas de la madre, el niño no asiste regularmente a clases.

Por todo lo anterior, esta Sala no concederá la presente acción de tutela que se había dirigido en contra de las directivas de la Escuela Urbana “San Juan Bautista de Ovejas - Sucre”, como quiera que está probado en el expediente, que la mejor alternativa educativa para el menor Juan Pablo Rivera es la que el Estado actualmente le brinda. Sin embargo, en virtud de la situación vulnerable en la que el niño se encuentra, esta Sala ordenará al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para que dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la comunicación de la presente providencia, coloque a disposición de la madre y del menor Juan Pablo Rivera, todos los instrumentos y mecanismos posibles que permitan una protección psicológica y nutricional al menor, así como para colaborar con la eficiente prestación del servicio público de educación especializada para el niño (C.P. numeral 3 del art. 67).

Resuelve:

Primero. CONFIRMAR la sentencia del 28 de enero de 1999, proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Ovejas, en cuanto negó la acción de tutela interpuesta por Nubia Stella Pomares de la Rosa en contra de las directivas de la Escuela Urbana “San Juan Bautista de Ovejas - Sucre”, pero por las consideraciones expuestas en esta sentencia.

Segundo. ORDENAR a la regional Sucre del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la comunicación de la presente providencia, coloque a disposición de la madre y

| | |
|--|---|
| | <p>del menor Juan Pablo Rivera, todos los instrumentos y mecanismos posibles que permitan una protección psicológica y nutricional al menor, así como para colaborar con la eficiente prestación del servicio público de educación especializada para el niño.</p> <p>Tercero. COMUNICAR la presente decisión a las directivas de la Escuela Urbana “San Juan Bautista de Ovejas - Sucre”, al Ministro de Educación Nacional, al Viceministro de la Juventud, al Gobernador de Sucre, a la Directora de la Regional Sucre del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a la actora y al Defensor del Pueblo del departamento de Sucre.</p> <p><i>(Documento 55)</i></p> |
| <p>Sentencia T-398 del 6 de abril de 2000.</p> | <p>Magistrado ponente: dr. Eduardo Cifuentes Muñoz. Demandante: Ana María Parada De Alarcón. Problema jurídico: Tratamiento intrahospitalario. Persona afectada con enfermedad mental. Tratamiento dentro del entorno social. El señor Francisco Alarcón, esposo de Ana María Parada de Alarcón, se desempeñó como guardia nacional de prisiones hasta el año de 1977, cuando fue pensionado por invalidez por la Caja Nacional de Previsión, por sufrir de una incapacidad laboral del 100%. La incapacidad fue declarada, el 21 de junio de 1977, luego de que una Junta Médica de la Caja Nacional de Previsión le diagnosticara "esquizofrenia paranoide crónica, dolencia progresiva e irreversible." En el diagnóstico se señala que el señor Alarcón trabajó como guardián nacional desde finales de 1973 y que su proceso sicótico de ese momento se remontaba a julio 7 de 1976, “presentando crisis de agitación psicomotora severas con manifestaciones de gran agresividad. Desde entonces ha sido sometido a hospitalizaciones en la unidad psiquiátrica de La Picota y posteriormente en clínicas de reposo adscritas a la Institución, como también tratamiento psiquiátrico ambulatorio.”</p> <p>En los últimos años, la dolencia del señor Alarcón se ha ido agudizando y su comportamiento se ha tornado cada vez más agresivo. Por lo anterior, su tratamiento en los últimos años ha sido intrahospitalario. Desde el 31 de julio de 1997 hasta la fecha, el Señor Alarcón se encuentra internado en la clínica de Nuestra Señora de la Paz, en Bogotá, y sus costos de atención médica han sido sufragados por CAJANAL. Sin embargo, desde el mismo año de 1997 la EPS ha indagado acerca de la posibilidad de prestarle un manejo ambulatorio al señor Alarcón. Es así como el 10 de septiembre de 1997 le envió una comunicación al gerente de la Clínica de la Paz en la que le solicita el envío de un resumen de la historia clínica del paciente “haciendo énfasis en las posibilidades, si las hubiere, de manejo ambulatorio, riesgos previsibles para la comunidad y probable prospección de estado nosológico de base. Si se conceptúa que requiere manejo intrahospitalario, favor especificar las condiciones y requerimientos para el mismo.”</p> <p>Consideraciones Corte Constitucional: La psiquiatría moderna descarta, por regla general, el internamiento permanente de las personas afectadas con enfermedades mentales. En este punto coinciden todos los expertos y los escritos consultados. Actualmente, para la mayoría de los casos, la hospitalización es concebida simplemente como una medida transitoria, para las situaciones de agravamiento de la enfermedad, que tiene por fin estabilizar al paciente para poderlo retornar al medio ambiente del que proviene. Este regreso puede estar mediado a través de etapas intermedias de reintegración a la comunidad, tal como ocurre con las fórmulas del hospital día o</p> |

el hospital noche. La idea que subyace a esta nueva concepción del tratamiento es la de que las personas aquejadas por estas enfermedades deben ser tratadas, en lo posible, dentro de su propio entorno social, a partir de un trabajo mancomunado de los médicos y la comunidad de la que proviene el paciente. Así, la persona aquejada por estas enfermedades no es expulsada de su medio, para ser confiada a grupos de especialistas extraños a su vida cotidiana, sino que permanece en su entorno social. La enfermedad mental, en cierta medida, es también un producto social y, si se desea eliminarla o por lo menos atenuarla, debe ser tratada allí donde se manifiesta. De esta manera, a través del tratamiento, el paciente y la comunidad que lo rodea van estableciendo pautas de relación favorables a la recuperación del enfermo. Asimismo, el paciente puede asumir roles creativos dentro de la comunidad, que le permitan desarrollarse como persona, en vez de ir perdiendo cada día más su relación con el entorno y su autoestima, como sucede como consecuencia de la hospitalización permanente.

Enfermo Mental - Trabajo Social en colaboración con la familia.

Las condiciones descritas permiten concluir que antes de pensar en llevar a cabo el tratamiento clínica-día es necesario procurar reconstruir para el señor Alarcón un medio social que le sea favorable. Esto implica realizar una intervención psicosocial y educativa, fundamentalmente con la familia del paciente, con el objeto de sensibilizarla e instruir la acerca del trato y manejo de las personas aquejadas por el mal de la esquizofrenia. Esta labor no fue realizada en la Clínica - que no incluye el trabajo social dentro de su proceso de tratamiento psiquiátrico - y esa falencia bien podría explicar las grandes dificultades que han experimentado la señora y sus hijos en la convivencia con su esposo y padre, lo que, además, muy probablemente ha tenido una gran influencia en sus continuas recaídas.

La Corte ha manifestado que las personas con enfermedades mentales tienen el derecho de no permanecer de manera indefinida en los hospitales psiquiátricos. Así ocurre con el señor Alarcón, máxime si se tiene en cuenta que sobre él no pesa ninguna medida de seguridad.

Fundamentos:

Manifiesta la actora que su marido sufre esquizofrenia paranoide desde hace más de 20 años, razón por la cual ha sido internado en diferentes ocasiones. Desde julio de 1997, su esposo se encuentra internado de manera permanente. Sin embargo, los médicos conceptúan que él ya no requiere ser tratado en forma intrahospitalaria, y Cajanal, su EPS, le ha solicitado a la señora Parada que retire a su marido de la clínica. La señora Parada acude a la acción de tutela para solicitar que no se le imponga la obligación de convivir nuevamente con su esposo, puesto que ello conlleva peligros tanto para su vida y la de su hijo menor, como para su mismo marido. Solicita que se ordene a Cajanal que continúe haciéndose cargo de los gastos de hospitalización de su marido o que se disponga que él sea internado en una institución pública hospitalaria de larga estadía.

Cajanal EPS expresa que ella no es una entidad de beneficencia y que su actividad está regida por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Agrega que los médicos han emitido un concepto favorable al egreso del señor Alarcón, el marido de la actora, y que, por lo tanto, él debe ser dado de alta. Agrega, sin embargo, que la EPS está dispuesta a prestarle al señor Alarcón

toda la asistencia en salud que sea necesaria, lo que incluye su hospitalización cuando sea preciso practicarla. El Juzgado Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá, en sentencia del 1 de julio de 1999, denegó la tutela impetrada. Afirma el a-quo que la actora no se encuentra en situación de debilidad manifiesta y que no aparece probado que su derecho a la salud o a la vida estén en peligro. Finalmente, señala que la actora cuenta con otros mecanismos de defensa judicial para la protección de sus derechos, cual es el proceso de interdicción del demente furioso, contemplado dentro de la legislación civil.

En un pasado no muy lejano se consideraba que las personas afectadas con enfermedades mentales debían ser internadas en forma permanente, de tal manera que fueran apartadas de su medio social y que no representaran ningún peligro para los demás miembros de la comunidad. Sin embargo, esta concepción ya ha sido revaluada. Para ello han jugado un papel importante, entre otras cosas, los avances farmacológicos, un nuevo entendimiento acerca del enfermo mental, la constatación de los efectos negativos que tiene sobre el paciente un internamiento prolongado y la reivindicación de los derechos fundamentales de estos enfermos.

Dentro del entorno social del paciente, la familia es, sin duda alguna, el núcleo que más influencia puede ejercer sobre él, ya que constituye el centro donde se presenta más viva e intensamente la relación emocional interpersonal. Durante mucho tiempo se trató de explicar el origen de la esquizofrenia destacando las características específicas de las familias de donde provenían los pacientes. Y si bien ningún rasgo o elemento familiar ha podido ser identificado como la causa de la aparición de la esquizofrenia, sí se ha concluido que algunas variables relacionadas con el comportamiento familiar están asociadas de manera clara con el surgimiento de la esquizofrenia en uno de los miembros del núcleo familiar. La obligación de la familia de velar y atender a sus parientes afectados por la esquizofrenia

La actora solicita que se ordene a Cajanal que continúe asumiendo los gastos de internamiento hospitalario de su esposo y que, por lo tanto, se la libere de la obligación de recibirlo nuevamente en su hogar. Afirma que la vida común con su esposo representa un peligro tanto para su vida e integridad personal como para la de su mismo marido.

Por su parte, Cajanal afirma que cuenta con un diagnóstico médico favorable para dar de alta al esposo de la actora. Y, en efecto, tanto los médicos tratantes de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz como el peritazgo realizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses afirman que la agresividad del paciente Alarcón está controlada y que, por lo tanto, es posible intentar su reintegración a la sociedad, a través de fórmulas como las del hospital-día. Asimismo, coinciden en que el señor Alarcón debe continuar recibiendo el tratamiento psiquiátrico, pero que ya no es necesario que se mantenga su hospitalización continua en la clínica.

De lo expuesto se deduce que Cajanal no puede obligar a la esposa del señor Alarcón a llevarlo a su casa y que, por lo tanto, Cajanal deberá seguir respondiendo por sus gastos de hospitalización. Como se señaló, durante demasiados años, la actora ha aportado un importante sacrificio para el cuidado de su esposo, y constreñirla para que reciba nuevamente a su marido equivaldría a exigirle un comportamiento heroico y de autonegación. Considera

la Sala que, en este punto, la demandante ya cumplió con su parte y que tiene que ser liberada de ese deber. Ahora es la sociedad la que debe asumir esa responsabilidad. Y si bien en estos casos generalmente se piensa en acudir a las entidades estatales, lo cierto es que, dado que el paciente estaba afiliado a la Caja Nacional de Previsión EPS, es esta entidad la que debe hacerse cargo de la obligación. En las condiciones actuales del país, con tan pocos recursos para tantas demandas, solamente cabe acudir a las instituciones estatales que prestan el servicio de asistencia pública cuando las personas no cuentan con la posibilidad de exigirle a otras instituciones que se hagan cargo de sus responsabilidades.

Finalmente, queda una pregunta por dilucidar: ¿cuál será el destino del señor Alarcón? Como ya se señaló, la Corte ha manifestado que las personas con enfermedades mentales tienen el derecho de no permanecer de manera indefinida en los hospitales psiquiátricos. Así ocurre con el señor Alarcón, máxime si se tiene en cuenta que sobre él no pesa ninguna medida de seguridad.

Todos los conceptos recibidos coinciden en señalar que el señor Alarcón requiere continuar con el tratamiento psiquiátrico. Igualmente, los médicos de la Clínica de la Paz y el Instituto de Medicina Legal convienen en que el señor Alarcón puede pasar a recibir ese tratamiento de acuerdo con la fórmula clínica-día. Sobre este punto discrepa el concepto de Funsabiam, en el cual se considera que el esposo de la actora no está preparado aún para ello.

Ciertamente, para que se pueda aplicar el tratamiento clínica-día es necesario que el paciente cuente con personas ajenas al equipo de tratamiento hospitalario que estén dispuestas a colaborarle para recibirlo en su hogar, acompañarlo a la clínica, darle las medicinas necesarias, hacerse cargo de su arreglo y cuidado personal, etc. En el caso del señor Alarcón es claro que él no cuenta con esas personas: de acuerdo con las pruebas recopiladas, sus hermanos no se ocupan de él, sus hijos no quieren comprometerse con su cuidado, y su esposa, la actora, expone que no está dispuesta a seguir asumiendo ese papel.

Las condiciones descritas permiten concluir que antes de pensar en llevar a cabo el tratamiento clínica-día es necesario procurar reconstruir para el señor Alarcón un medio social que le sea favorable. Esto implica realizar una intervención psicosocial y educativa, fundamentalmente con la familia del paciente, con el objeto de sensibilizarla e instruir la acerca del trato y manejo de las personas aquejadas por el mal de la esquizofrenia. Esta labor no fue realizada en la Clínica de la Paz - que no incluye el trabajo social dentro de su proceso de tratamiento psiquiátrico - y esa falencia bien podría explicar las grandes dificultades que han experimentado la señora Parada y sus hijos en la convivencia con su esposo y padre, lo que, además, muy probablemente ha tenido una gran influencia en sus continuas recaídas.

Cabe aclarar, sin embargo, que el resultado de esta tarea de trabajo social es incierto, y que no se puede esperar que ella conduzca indefectiblemente a la aceptación del paciente por parte de su familia. En el caso de que la mencionada intervención psicosocial y educativa no ofrezca los resultados deseados, Cajanal podría intentar otras fórmulas que le permitan modificar el tratamiento que recibe el esposo de la actora, en la modalidad que consideren pertinente los médicos, siempre y cuando se garantice que el señor Alarcón continuará recibiendo el

| | |
|--|---|
| | <p>tratamiento psiquiátrico que requiere.</p> <p>Resuelve: Primero. REVOCAR la sentencia dictada, el 20 de agosto de 1999, por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, por medio de la cual se denegó la tutela solicitada por la señora Ana María Parada de Alarcón. En su lugar, se CONCEDE el amparo impetrado. Segundo. ORDENAR a la Caja Nacional de Previsión - CAJANAL EPS - que continúe prestando los servicios de atención intrahospitalaria que requiera el paciente Francisco Tobías Alarcón Malagón y que garantice la continuación del trabajo de intervención psicosocial y educativa con su familia. <i>(Documento 56)</i></p> |
| <p>Sentencia T-1390 del 12 de octubre de 2000.</p> | <p>Magistrado Ponente: dr. Alejandro Martínez Caballero. Demandante: La señora NN, en nombre de su hijo menor YY. Problema jurídico: Reiteración de la doctrina constitucional sobre el consentimiento informado en casos de ambigüedad genital o “hermafroditismo” Tratamiento Médico del Niño o Incapaz. Alcance de la validez del permiso parental. Consentimiento sustituto en tratamiento medico del niño o incapaz. Factores a tener en cuenta para evaluación de validez. Protección de la intimidad y la publicidad del proceso.</p> <p>Consideraciones Corte Constitucional: El presente caso debate un problema complejo de la sexualidad humana, poco conocido por la opinión pública y que podría provocar reacciones sensacionalistas en los medios de comunicación, así como una mal sana curiosidad y rechazo a la menor en el medio social en donde viven. Por ello la Corte ha considerado en casos pasados en donde se discutían asuntos similares, que es preciso tomar medidas para proteger la intimidad y el sosiego familiar del menor y de sus padres, que podrían verse afectados con el desenvolvimiento de esta tutela. Por ello, siguiendo la doctrina sentada en esas sentencias, en la presente providencia se suprimen todos los datos que puedan permitir la identificación del menor o de sus padres, lo cual explica no sólo que no aparezcan sus nombres ni el de sus médicos tratantes sino que, además, se haya eliminado la referencia al lugar de los hechos y la denominación del juez de tutela que inicialmente decidió el caso. Igualmente, y por la misma razón, el presente expediente, que será devuelto al juzgado de origen, queda bajo absoluta reserva y sólo podrá ser consultado por las partes específicamente afectadas por la decisión, esto es, por los padres, los médicos tratantes y el representante del I.S.S, y, como es obvio, estos últimos se encuentran obligados a proteger esa confidencialidad.</p> <p>Sin embargo, atendiendo el principio de publicidad que rige los procesos judiciales, es inevitable publicar la sentencia, pues en ella se reitera una doctrina constitucional fundamental en la materia. Además, la Corte recuerda que en el primer caso en que tuvo que abordar el debate sobre la ambigüedad genital (sentencia SU-337 de 1999), esta Corporación examinó en detalle el problema médico, ético y jurídico del hermafroditismo. En esa ocasión, la Corte decidió igualmente proteger la intimidad de la peticionaria y su familia, por lo cual también ordenó la reserva del expediente. Sin embargo, con el fin de divulgar todo el extenso material probatorio y científico que esta Corporación tuvo en cuenta para elaborar su doctrina sobre el consentimiento informado en casos de ambigüedad genital, esa sentencia ordenó copiar todas las pruebas científicas</p> |

relevantes del proceso, siempre y cuando éstas no permitieran identificar a la peticionaria. Estos documentos han sido reunidos en un expediente que puede ser consultado en la Corte Constitucional, lo cual significa que toda persona interesada en conocer los elementos científicos que sustentan esta doctrina constitucional, pueden acceder a esos materiales en la sede de esta Corporación.

De esa manera, la Corte protege la intimidad de los peticionarios en procesos de esta naturaleza, ya que no será posible su identificación, sin afectar la publicidad del proceso y el papel de esta Corporación en la unificación de la doctrina constitucional. Así, la publicación de estas sentencias permite a los jueces conocer los criterios de la Corte en la materia, y las pruebas relevantes quedan a disposición de los interesados en estos temas. El problema constitucional implícito en el caso bajo revisión: la legitimidad del consentimiento sustituto paterno en casos de ambigüedad genital

La madre de un menor de pocos meses, que padece una hipospadia severa, solicita al juez de tutela que ordene al ISS que lleve a cabo todos los exámenes necesarios para definir el sexo del menor y adelantar la cirugía que sea necesaria para enfrentar su situación. Según la peticionaria, el ISS ha tenido demoras para realizar esas intervenciones, que son urgentes. Los fallos bajo revisión acogieron integralmente las pretensiones de la actora y ordenaron al ISS que dispusiera lo necesario para que se realizara el tratamiento médico, hospitalario, quirúrgico, terapéutico, medicamentos y demás exámenes derivados de los resultados obtenidos, en pro del normal desarrollo, bienestar y calidad de vida del menor. La historia clínica y los informes remitidos por el ISS a la Corte Constitucional señalan que el examen genético muestra que el menor tiene en realidad un sexo genético femenino, y que deberá programarse una “cirugía de remodelación definitiva que requiere el paciente para la corrección de hipertrofia de Clítoris y seno Urogenital”.

La solicitud de la peticionaria, las respuestas de la entidad demandada y los fallos revisados sugieren que el presente caso plantea esencialmente un problema de exigibilidad en materia de prestaciones médicas. Así, el asunto parece reducirse al siguiente interrogante: ¿es o no procedente que, por vía de tutela, el juez constitucional ordene a una entidad de seguridad social, en este caso el ISS, adelantar una cirugía de remodelación de los genitales, la cual ha sido recomendada por los especialistas como esencial para asegurar un desarrollo psicológico y físico satisfactorio de un menor, que presenta una forma de ambigüedad genital? Sin embargo, es indudable que esta Corporación no puede resolver ese problema sin analizar previamente otro asunto que tiene relevancia constitucional, y es el relativo a si es posible o no que los padres autoricen para su hijo una operación de remodelación de sus genitales, o si estas cirugías sólo pueden ser aprobadas por la propia persona.

En efecto, casos previos decididos por esta Corte (Sentencias SU-337 de 1999, T- 551 de 1999, y T-629 de 1999), han puesto en evidencia que este tipo de cirugías plantea interrogantes constitucionales muy complejos en relación con la legitimidad del consentimiento paterno sustituto. En tales circunstancias, es obvio que la Corte no puede determinar si era correcto que el juez ordenara al ISS adelantar la operación a la niña, sin haber estudiado primero si esa cirugía puede o no ser autorizada por sus padres.

Así, si ese permiso no es constitucionalmente válido, es obvio que tampoco

podía el juez ordenar a la entidad de seguridad social que adelantara la operación, por lo cual resulta ineludible que la Corte comience por estudiar la legitimidad del consentimiento paterno en el presente caso, a pesar de que este problema no fue planteado ni por el actor, ni por la entidad demandada, ni por el juez de tutela. Síntesis y reiteración de la doctrina constitucional sobre el consentimiento informado en casos de ambigüedad genital o “hermafroditismo”.

Decisiones:

Conforme a lo anterior, y siguiendo la doctrina desarrollada por la sentencia T-629 de 1999, MP Carlos Gaviria Díaz, la Corte confirmará la sentencia de segunda instancia, en cuanto amparó el derecho a la salud del menor NN, pero la adicionará, pues ordenará al juez de tutela de primera instancia, que compruebe, en el evento en que la operación no se haya hecho aún, si la autorización paterna reúne esas características de “consentimiento informado cualificado y persistente”, pues de no ser así, el permiso sustituto no se adecua a la Carta, y mal puede ordenarse por vía judicial la práctica de una intervención médica que no cuente con un consentimiento informado válido, que es requisito constitucional esencial para todo tratamiento médico.

Además, y retomando los criterios fijados en la sentencia SU-337 de 1999, esta Corporación recuerda que, en estos casos, pueden ser indispensables ciertos apoyos psicoterapéuticos para los padres y la menor, a fin de que comprendan a cabalidad la complejidad de los problemas de la ambigüedad genital, por lo cual, de ser necesarios y ser así solicitados por esta familia, la Corte considera que deben ser suministrados por la entidad de seguridad social demandada.

Finalmente, y de conformidad con la jurisprudencia de esta Corporación, según la cual aquellas medicinas y tratamientos que no se encuentren incluidas en el POS, pero que sean necesarios para continuar el tratamiento del menor, deben también ser suministrados, pero el ISS podrá repetir contra el Estado colombiano, con cargo a los recursos existentes en la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Resuelve:

Primero. Tutelar el derecho a la intimidad del menor NN y de sus padres, por lo cual sus nombres no podrán ser divulgados, y el presente expediente queda bajo estricta reserva, y sólo podrá ser consultado por los directamente interesados, conforme a lo señalado en el fundamento jurídico No 2 de esta sentencia. El secretario jurídico de la Corte Constitucional y el secretario del juzgado ZZ que decidió en primera instancia el caso, deberán garantizar esta estricta reserva.

Segundo. CONFIRMAR la sentencia del despacho de segunda instancia, en cuanto amparó el derecho a la salud del menor NN, y que ordenó a la seccional correspondiente del ISS que en un término no superior a cuarenta y ocho horas (48) contados a partir del momento de notificación del fallo, dispusiera lo necesario para que se le suministre al menor el tratamiento médico, hospitalario, quirúrgico, terapéutico, medicamentos y demás exámenes derivados de los resultados obtenidos, en pro de su normal desarrollo, bienestar y calidad de vida.

Tercero. Teniendo en cuenta que esta Corporación ha llegado a la conclusión, tanto en esta providencia como en las sentencias SU-337 de 1999, T-551 de 1999 y T-629 de 1999 que el permiso paterno sustituto es válido para autorizar una remodelación genital en menores de cinco años, siempre y cuando se trate de un consentimiento informado, cualificado y persistente, ADICIONAR la providencia anterior y ORDENAR al juez de primera instancia que verifique que

| | |
|--|--|
| | el permiso de los padres para la realización de la cirugía a la menor, cumple con los lineamientos expuestos en la jurisprudencia de esta Corporación. (Documento 57) |
|--|--|

V. Proyectos de Ley

A. En Curso

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|---|
| <p>Proyecto de Ley No. 240 de 2003 Cámara – 164 de 2004 Senado.</p> <p>Presentado el 6 de mayo de 2003.</p> <p>Autor: H. Representante Ernesto Mesa Arango.</p> <p>Ponente: H. Representante Pedro Jiménez Salazar.</p> <p>Proyecto publicado en Gaceta No. 193 de 2003.</p> <p>Ponencia para primer debate publicada en Gaceta No. 273 de 2003.</p> <p>Ponencia para segundo debate publicada</p> | <p>Por medio de la cual se modifica y adiciona la Ley 361 de 1997.</p> <p>Artículo 1. Adiciónase el capítulo segundo de la Ley 361 de 1997, con el siguiente artículo:</p> <p>Artículo nuevo: Créanse los Centros de Enseñanza para personas con dificultades cognitivas y educativas en aquellos municipios cuya población sea superior a cien mil habitantes. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Educación Nacional y demás organismos adscritos, en coordinación con las Secretarías departamentales y municipales del ramo, diseñarán dentro de los seis (6) meses siguientes a partir de la vigencia de la presente ley, las políticas para la construcción, dotación y adecuación de los centros de enseñanza para las personas con dificultades cognitivas y educativas, así como el suministro de los recursos humanos, técnicos, económicos y demás que garanticen su normal funcionamiento.</p> <p>Para tal efecto, el Gobierno Nacional y los entes locales y regionales dispondrán de una partida del situado fiscal en el porcentaje que corresponda para atender lo pertinente, de conformidad con la Ley Orgánica del Presupuesto. Las Asambleas departamentales y los Concejos Distritales y municipales, en el ejercicio del control político administrativo que les corresponde harán las observaciones que corresponda a los presupuestos que por ley les corresponda aprobar y que no lleven insertas las partidas para el normal funcionamiento de los Centros de Enseñanza para las personas con dificultades cognitivas y educativas. La educación en los Centros de enseñanza para personas con dificultades cognitivas y educativas, será totalmente gratuita. Para el acceso a estos establecimientos, se atenderán los requerimientos establecidos en el artículo 5º de la Ley 361.</p> <p>Artículo 2. Los artículos de la Ley 361 de 1997, que hacen mención a los Ministerios de Salud y Trabajo, y que para la época comprendían esa estructura del Estado, en la actualidad y para todos los efectos que regula dicha disposición será el Ministerio de la Protección Social; en tal sentido se ajustará la citada ley.</p> <p>Artículo 3. El artículo 18 de la Ley 361 de 1997, tendrá un párrafo del siguiente tenor: Parágrafo. Los tratamientos, los medicamentos, las prótesis y aparatos ortopédicos que requieran las personas con limitaciones y discapacidades que contempla la Ley 361, serán suministrados en forma gratuita por las entidades de derecho Público que la misma norma prevé y que correspondan al estrato uno.</p> <p>Artículo 4. La Ley 361 de 1997, tendrá un nuevo artículo del siguiente tenor: Artículo nuevo. El incumplimiento o la omisión en la incorporación de las partidas</p> |

| | |
|--|---|
| <p>en Gaceta No. 618 de 2003.</p> <p>Estado Actual: Aprobado en Cámara. Pendiente publicación de ponencia para primer debate en Senado.</p> | <p>en los respectivos presupuestos que garanticen el cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 361 en materia de seguridad social, salud y educación para las personas con discapacidad, así como el normal funcionamiento de los centros que por esta ley se crean, es causal de mala conducta por parte del funcionario o los funcionarios en los que recaiga dicha responsabilidad, y se sancionará con destitución.</p> <p>Artículo 5. De la publicación en un solo texto. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 195 de la Ley 5ª de 1992, ordénese la publicación en un solo texto de la Ley 361, con las modificaciones hechas por la presente ley.</p> <p>Artículo 6. La presente ley rige a partir de su promulgación. (Texto aprobado en sesión del día 19 de junio de 2003) (Documento 58)</p> |
| <p>Proyecto de Ley No. 173 de 2004 Senado.</p> <p>Presentado el 12 de febrero de 2004.</p> <p>Autor: H. Senador Gustavo Enrique Sosa Pacheco</p> <p>Aún no se han designado ponentes.</p> <p>Publicado en Gaceta No. 29 de 2004.</p> <p>Estado Actual: Pendiente rendir ponencia para primer debate.</p> | <p>Por medio de la cual se modifica el artículo 6 de la Ley 361 de 1997 y se expiden normas que garantizan el desarrollo de la Política Pública Nacional en Discapacidad en el Territorio Nacional.</p> <p>Artículo 1. Las normas consagradas en la presente ley, tienen por objeto dotar al Estado Colombiano de los instrumentos jurídicos y financieros que promuevan la construcción de condiciones objetivas de equidad y garantía de la dignidad a partir del enfoque de derechos centrado en capacidades, estableciendo la diferencia como principio de progreso de la población en condición de discapacidad enmarcados en derechos universales y constitucionales.</p> <p>Artículo 2. Para efectos de la presente ley, se definirán los siguientes conceptos con sus respectivos alcances:</p> <p>a) Situación de discapacidad. Conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, la familia, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno;</p> <p>b) Discapacidad. Término genérico que indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una "condición de salud" y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)"... ...de la misma manera la OMS la define como toda restricción o ausencia en la estructura corpórea de una persona, o de su función psicológica, fisiológica o anatómica, debido a una deficiencia, en relación a una actividad que se considere normal para todo ser humano;</p> <p>c) Persona con discapacidad. Es aquélla que tiene limitaciones en su actividad cotidiana (deficiencia) y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano,</p> <p>d) Política pública. Es un instrumento por excelencia de aplicación de los enunciados jurídico y político-institucionales pactados por la sociedad; interpreta y procesa explícita y participativamente las demandas tácitas y manifiestas de la sociedad, incorporándolas en la esfera estatal y en la dinámica de la política (racionaliza la acción social);</p> <p>e) Promoción y prevención. Conjunto de medidas encaminadas a reducir la probabilidad y el riesgo a una situación de discapacidad, de la familia y la persona de conformidad a su ciclo vital, fortaleciendo estilos de vida saludable, reduciendo y promoviendo la protección de los derechos humanos, desde el momento de la concepción hasta la vejez;</p> |

f) Equiparación de oportunidades. Conjunto de medidas orientadas a eliminar las barreras de acceso a oportunidades de orden físico, ambiental, social, económico y cultural.

g) Habilidad/rehabilitación. Conjunto de medidas encaminadas al logro de la máxima autonomía personal y al desarrollo de competencias sociales y culturales de las personas en situación de discapacidad o con limitaciones.

Artículo 3. Principios generales que orientan la Política Pública Nacional en Discapacidad. El respeto a los derechos fundamentales del individuo y el reconocimiento a los derechos sociales, económicos, culturales y del ambiente consagrados en la Constitución Política, así como los principios particulares de igualdad de oportunidades, en el marco de justicia, de protección a aquellos ciudadanos que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad o debilidad manifiesta, el respeto a la diferencia y la tolerancia son esenciales para el desarrollo de la política en discapacidad.

Siete son los principios que orientan el desarrollo teórico y operativo de la política:

1. Enfoque de derechos. Énfasis en las personas y sus relaciones sociales a partir de la unidad entre el sujeto social y el sujeto de derechos.

2. Equidad. Igualdad de oportunidades a partir de la inclusión de las personas con discapacidad sin ningún tipo de discriminación.

3. Solidaridad. Construcción de una cultura basada en el reconocimiento recíproco y la solidaridad social.

4. Descentralización. Reconocimiento de la diversidad y heterogeneidad de las regiones y territorios locales y de sus estructuras operativas para ampliar la democracia participativa y fortalecer la autonomía local.

5. Integralidad y concertación. Para el desarrollo de intervenciones integrales eficientes y coordinadas desde los diferentes componentes de la política.

6. Corresponsabilidad. Generación de una cultura de responsabilidad social que configure una ciudadanía activa, capaz de desarrollar nuevos tipos de solidaridad.

7. Participación. Cultura de reconocimiento del otro, de la diferencia como sujeto actuante y aportante en los procesos de construcción social.

Artículo 4. Las ramas del poder público pondrán a disposición los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1 de la presente ley, siendo obligación ineludible del Estado la Promoción y Prevención, la equiparación de oportunidades y la Habilidad/Rehabilitación, la integración familiar y social, la accesibilidad a la formación y al espacio público, a la integración laboral y educativa.

Para estos efectos estarán obligados a participar para su eficaz aplicación, la administración central, las administraciones departamentales, distritales y municipales, todas las corporaciones públicas y privadas del país.

Artículo 5. Crease el Consejo Nacional para la Discapacidad de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social, como organismo asesor y de concertación en la formulación de políticas para los asuntos de la Discapacidad, conformado por:

-El Ministro de Protección Social

-Un delegado de la Presidencia de la República.

-El Director de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación.

-El Director de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación.

-El Ministro de Educación.

-El Viceministro de Transporte.

- El Director de la Dirección de Desarrollo Territorial del Ministerio del Medio Ambiente o quien ejerza sus funciones.
- El Director de la Dirección de Infancia y Familia del Ministerio de Cultura o quien ejerza sus funciones.
- Seis (6) miembros representantes regionales de personas con discapacidad física, visual, auditiva, cognitiva, mental y de discapacidad múltiple.
- Dos (2) representantes de las organizaciones prestadoras de servicios para personas con discapacidad con cobertura nacional.
- Un representante de la Federación de Municipios.
- Un representante de la Federación de Departamentos.

Parágrafo 1. El Consejo Nacional para la Discapacidad, estará presidido y coordinado por el Ministro de la Protección Social y tendrá un secretario técnico nombrado de una terna que para tal efecto presente a consideración del Consejo el Ministro de la Protección social.

Parágrafo 2. Todos los representantes ajenos a las entidades de gobierno serán elegidos de ternas solicitadas por el Ministro de Protección Social a las diferentes organizaciones e instancias convocadas para hacer parte de este Consejo, de acuerdo a requisitos que para tal efecto defina esta entidad, durante los dos primeros meses siguientes a la expedición del presente decreto.

Parágrafo 3. El Consejo Nacional para la discapacidad se reunirá al menos tres veces al año y podrá invitar a personas u organizaciones que considere pertinente para el desarrollo de la agenda propuesta.

Artículo 6. Funciones del Consejo Nacional para la Discapacidad:

1. Promover la formación de la política pública para la intervención a la situación de discapacidad.
2. Orientar la construcción del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad para cada período de gobierno.
3. Aprobación de los ajustes y cambios del documento general de la política.
4. Establecer los mecanismos para la coordinación intersectorial en la formulación de política y planes, del Comité Técnico Nacional, así como para los Grupos de Enlace Sectorial.
5. Efectuar el seguimiento y verificar la puesta en marcha de las políticas, planes, estrategias y programas de intervención en discapacidad.
6. Velar por la difusión y el cumplimiento de las disposiciones, principios y derechos establecidos y reconocidos por la Constitución Política Nacional y las demás disposiciones legales que reglamenten la materia.
7. Identificar los actores públicos y privados ejes en el desarrollo de la política y que comparten propósitos comunes.
8. Elaborar su propio reglamento en un plazo no mayor a 90 días a partir de la instalación del Consejo Nacional de la Discapacidad.
9. Solicitar a los ministerios, y entidades la información que considere pertinente.
10. Promover las alianzas estratégicas del Gobierno, sector privado, ONGS y organismos internacionales.
11. Promover y definir la forma de inclusión de las variables de discapacidad en los diferentes sistemas de información existentes, que permitan caracterizar la población con discapacidad, las familias y los entornos.

Artículo 7. Son funciones del Secretario Técnico: Brindar el apoyo técnico y logístico requerido para el cumplimiento de las funciones del Consejo Nacional de Discapacidad.

1. Programar y proponer al Consejo Nacional de Discapacidad las alternativas de

- decisión para la concertación con los miembros de la sociedad civil y de las organizaciones de y para la discapacidad.
2. Documentar las decisiones del Consejo Nacional y las propuestas del Comité Técnico y de los Grupos de Enlace Sectorial.
 3. Orientar, preparar y presentar los soportes requeridos por las diferentes instancias de coordinación, gestión y técnica para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, planes, estrategias y programas de intervención en discapacidad.
 4. Convocar al Consejo Nacional de Discapacidad en coordinación con la instancia delegada por la Presidencia de la República.
 5. Articular las diferentes instancias y niveles de formulación y ejecución de la política pública en discapacidad.

Artículo 8. Crease el Comité Técnico Nacional de Discapacidad como instancia de soporte de gestión para: La formulación coordinada de los componentes de la política de discapacidad y la orientación del Plan de Intervención en discapacidad en cada período de gobierno. Estará conformado por:

- La dirección de promoción Social del Ministerio de la Protección Social, quien los preside.
 - La dirección de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social.
 - Los coordinadores técnicos de los grupos de enlace sectorial.
 - El Departamento Nacional de Estadística, DANE.
 - La Secretaría Técnica del Comité del Menor Deficiente.
 - La dirección de Comunicación social del Ministerio de Comunicaciones.
 - Las entidades y actores requeridos para el soporte de gestión de la política y del Plan nacional de intervención en Discapacidad, según las necesidades de construcción del proceso de operación de la política.
 - La Dirección de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social.
- Las entidades y actores requeridos para el soporte de gestión de la Política y del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad, según las necesidades de construcción del proceso de operación de la política.

Artículo 9. Son funciones del Comité Técnico Nacional de Discapacidad, las siguientes:

1. Diseño de las estrategias para implementar las líneas de política y lograr los objetivos definidos en el Consejo Nacional para la Discapacidad.
2. Articulación de la ejecución de la política por componente.
3. Analizar, socializar y divulgar los enfoques conceptuales y metodológicos propuestos por cada Grupo de Enlace Sectorial para avanzar en la formación de política pública en discapacidad.
4. Proponer y socializar los enfoques conceptuales y metodológicos propuestos en el seno del comité para avanzar en la formación de Política Pública en Discapacidad.
5. Definición de los indicadores para el seguimiento y monitoreo de cada componente.
6. Definición de estándares mínimos de calidad.
7. Desarrollar una estrategia de transformación institucional a partir de identificar las necesidades y requerimientos de formación de los actores institucionales de gobierno y sociedad civil involucrados en el desarrollo de la Política en Discapacidad, teniendo en cuenta sus competencias institucionales.
8. Contribuir al desarrollo de estrategias que permitan crear condiciones de institucionalización del tema de discapacidad en las diferentes entidades públicas

y privadas, haciendo de este un tema transversal a las mismas.

9. Elaborar los documentos técnicos requeridos con los compromisos programáticos y las estrategias para someterlos a consideración del Consejo.

10. Coordinar y presentar los planes indicativos por componentes de la Política en Discapacidad.

11. Brindar cooperación técnica en el proceso de descentralización para la armonización, el desarrollo y aplicación de las líneas de política en discapacidad.

Parágrafo 1. El Comité Técnico tendrá una Secretaría Técnica que será ejercida por una entidad miembro del comité, para un periodo de un (1) año y será rotativa, en todo caso puede ser prorrogada por decisión del mismo comité.

Artículo 10. Crease los Grupos de Enlace Sectorial como organismos de articulación de los sectores y de las entidades nacionales y territoriales, instancias conformadas por las entidades de gobierno y de sociedad civil compromisorias de la aplicación del Plan de Intervención en Discapacidad en los componentes de: Promoción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad, Equiparación de Oportunidades y Habilitación / Rehabilitación. Estos grupos serán coordinados por una de las entidades participantes. La coordinación será rotativa para un período de un año. La Dirección de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social o quien ella designe acompañará técnicamente a los Grupos de Enlace Sectorial.

Artículo 11. Son funciones de los Grupos de Enlace Sectorial:

1. Promover las alianzas estratégicas del Gobierno, sector privado y la comunidad para la armonización de los componentes de Política Pública, tanto en el ámbito nacional y territorial para el logro de objetivos propuestos en el Plan Nacional de Intervención en Discapacidad.

2. Elaborar el Plan Indicativo por componente y los Planes Operativos de las entidades compromisorias de la política, los cuales servirán de base para la ejecución del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad.

3. Proponer líneas de política, enfoques, estrategias y herramientas metodológicas y técnicas para la ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad.

4. Ejecutar la política pública en Discapacidad, mediante el Plan de Intervención formulado para cada período de Gobierno Nacional, Departamental, Distrital y Municipal.

Parágrafo 1. La conformación, funcionamiento, coordinación y organización serán definidos por el reglamento.

Parágrafo 2. Los Consejos de Política Social Territorial, serán la instancia de coordinación y concertación, Inter e intra sectorial en las entidades territoriales, para la dirección de la política pública territorial en discapacidad, la cual deberá estar en concordancia y armonía con la Política Pública Nacional.

Artículo 12. Descentralización de la Política Pública Nacional en Discapacidad y del Plan de Intervención. El proceso de descentralización requiere de acciones de apoyo del nivel nacional y de desarrollo interno en las entidades territoriales, que conduzcan a que los departamentos y municipios, de acuerdo con sus competencias, incorporen en sus planes de desarrollo territoriales, sectoriales e institucionales, los diferentes elementos integrantes de la política pública en discapacidad y del Plan de Intervención, los adapten a su realidad y asuman la gestión y ejecución de acciones dirigidas al logro de los

objetivos y propósitos planteados en los componentes de Promoción de entornos Protectores y prevención de la Discapacidad, Habilitación/Rehabilitación, y Equiparación de Oportunidades.

Parágrafo 1. La continuidad en la incorporación de estos elementos, se debe realizar dentro de un proceso de articulación y armonización de las políticas, de acuerdo a lo previsto en la "Ley Orgánica del Plan de Desarrollo" (Ley 152 de 1994) la cual plantea la "Coordinación" como uno de sus "Principios Generales" (artículo 3º), lo que se ratifica en el artículo 32, donde se establece que "Los planes de desarrollo de las entidades territoriales, sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo y garantizar la coherencia".

Artículo 13. Responsabilidad de la Nación y de las Entidades Territoriales.

En el proceso de descentralización de la política así como del Plan y de la incorporación de éste dentro de la construcción de una política pública, se acogerán las directrices emanadas en el decreto 1188 de mayo de 2003.

Artículo 14. El Estado garantizará que todos sus ciudadanos conozcan, se sensibilicen y se comprometan con el autocuidado, cuidado mutuo y del entorno cotidiano, para lograr una cultura que posibilite el desarrollo pleno de las capacidades del ser humano, capaz de identificar y comprometerse a modificar las condiciones y los factores que impidan o limiten este desarrollo.

Para tal efecto el Estado garantizará las acciones de soporte y técnicas necesarias para la promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables, la identificación, prevención y control de riesgos, de promoción del acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos y para el fomento a procesos de participación ciudadana para la transformación cultural en torno a la Discapacidad.

Artículo 15. Corresponde a los departamentos y municipios en el marco de la Ley 715 desarrollar las competencias institucionales establecidas en función de dar respuesta a las necesidades específicas de la población con discapacidad de su territorio.

Artículo 16. El Estado garantizará con la participación plena de los ciudadanos, que el sistema social sea accesible para todos.

Para tal efecto garantizará las acciones de soporte y técnicas necesarias para la eliminación de toda forma de exclusión y discriminación hacia las personas con discapacidad por parte de las organizaciones sociales, para el acceso, permanencia y promoción en educación, para la empleabilidad de las personas con discapacidad y sus familias, para la construcción y acondicionamiento de viviendas, edificios y espacios y transporte de uso público con parámetros de accesibilidad, para el acceso a la comunicación, información y demás elementos de vida ciudadana, para la participación y fomento de la actividad en recreación, deporte, cultura, turismo y aprovechamiento del tiempo libre de la población en situación de discapacidad.

Artículo 17. El Estado garantizará que dentro de la política nacional de empleo se adopten las medidas pertinentes dirigidas a la creación y fomento de las fuentes de trabajo para las personas con discapacidad.

Artículo 18. Los empleadores particulares que vinculen laboralmente personas

con discapacidad tendrán los siguientes estímulos económicos:

a) A que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente ley debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad a un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación;

b) Prelación en el otorgamiento de créditos, subvenciones de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa y permanente de personas con limitación;

c) Los empleadores que ocupen trabajadores con discapacidad no inferior al 25% comprobada y que estén obligados a presentar declaración de renta y complementarios, tienen derecho a deducir de la renta el 200% del valor de los salarios y prestaciones sociales pagados durante el año o período gravable a los trabajadores con discapacidad mientras esta subsista.

Artículo 19. El Estado garantizará el pleno cumplimiento de las disposiciones legales vigentes para el acceso a los beneficios de accesibilidad y acceso, de protección, educación, seguridad social integral, vivienda, trabajo, recreación, deporte, cultura y turismo entre otros.

Artículo 20. El Estado garantizará que la sociedad en su conjunto, respete y reconozca la diferencia como una condición del ser humano, logrando que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurren y estén comprometidos en promover y proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía, integración y participación en los espacios de vida cotidiana.

Para tal efecto el Estado garantizará las acciones de soporte y técnicas para la articulación de las Redes de servicios de habilitación y rehabilitación y el desarrollo y dotación de ayudas técnicas y tecnológicas, en todos los niveles de la organización administrativa. De conformidad con los requerimientos específicos según tipo de discapacidad, se ejecutarán las acciones que permitan la garantía de las condiciones efectivas de Habilitación/Rehabilitación.

Artículo 21. El Estado garantizará en los Planes de beneficios establecidos en la Ley 100 de 1993, tanto del régimen contributivo como subsidiado, la atención integral de habilitación/rehabilitación para las personas con discapacidad por una condición de salud física, cognitiva, mental, sensorial y con multiimpedimentos y vigilará su cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud, las administradoras de servicios de salud, y las administradoras de riesgos.

Artículo 22. Los entes territoriales podrán destinar recursos de su participación en los ingresos corrientes de la Nación para orientar, estimular y fomentar la superación del nivel de vida, traducidos en el impulso a los servicios necesarios para la dotación, fabricación, mantenimiento o distribución de ayudas técnicas, tecnológicas o biomecánicas, bajo convenio o contrato con instituciones públicas o privadas, siempre y cuando no se hallen incluidos en el POS.

Artículo 23. El Estado garantizará la creación o fortalecimiento de programas de servicios regulares o alternativos como hospital día, granja taller, centros ocupacionales comunitarios, atención domiciliaria, etc., para la población con discapacidades severas.

Artículo 24. El Estado aportará los medios logísticos, de infraestructura y producción necesarios y aplicará una estrategia de financiación para el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 25. En la parte general del Plan de Desarrollo de los que formulen las entidades territoriales se incluirán los objetivos y los planes de intervención en Discapacidad para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 26. Las entidades compromisorias de la política de intervención en discapacidad son todas las instituciones del poder ejecutivo y sus entidades adscritas y vinculadas.

Artículo 27. El Estado ejecutará en forma coordinada las estrategias de información, divulgación y comunicación para apoyar el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 28. El Estado garantizará los adecuados mecanismos de coordinación y concertación entre sus entidades y las organizaciones de y para personas con discapacidad, para la consolidación, coordinación, y ejecución de la política pública en discapacidad.

Artículo 29. Las distintas entidades del poder público y de inspección y vigilancia apoyadas en las acciones de sociedad civil organizada, verificarán el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 30. La presente ley rige a partir de la fecha de promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Ley 361 de 1997.

Exposición de Motivos

En el proyecto se incluyen los siguientes factores:

-Avances conceptuales, normativos y técnicos en el contexto nacional e internacional que es necesario armonizar y articular.

-Construcción y puesta en funcionamiento de una estructura de soporte a la aplicación de la política desde la gestión y la operación a nivel nacional y territorial.

-Definición de los alcances de los componentes de la política y precisión de las competencias institucionales.

-Identificación de las dificultades de operación y gestión del Comité Consultivo Nacional para las Personas con Limitación (artículo 6º de la ley 361 de 1997).

-Iniciativas legislativas en torno a la situación de discapacidad fragmentada y descontextualizada de los lineamientos nacionales de política en discapacidad.

-Extensión y detalle de la norma vigente.

-Vacíos en la normatividad (competencias y responsabilidades con la población mayor de 18 años con discapacidad, severa definitiva, sola, abandonada, o privadas de la libertad, respaldo económico).

Igualmente, se considera que el presente proyecto de ley otorga un marco de principios y orientaciones generales de política y no debe ser específica y puntual en lineamientos técnicos y procedimientos.

(Documento 59)

B. Archivados

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|---|
| <p>Proyecto de Ley 249 de 1993 Cámara.</p> <p>Presentado el 21 de Abril de 1993.</p> <p>Autor: H. Representante Graciela Ortiz de Mora.</p> <p>Publicado en Gaceta No. 94 de 1993.</p> | <p>Por la cual se desarrolla los artículos 47 y 68 inciso final, de la Constitución Nacional para adelantar una Política de Previsión y Educación a Personas con Limitaciones Físicas y Mentales.</p> <p>Artículo 1. El Instituto Colombiano de Bienestar familiar tendrá bajo su responsabilidad, adelantar una política de atención y educación de los niños menores de 18 años con limitaciones físicas, mentales y psíquicas.</p> <p>Artículo 2. El instituto Colombiano de Bienestar Familiar para cumplir con dicho objetivo deberá:</p> <p>1. Organizar una división dentro de sus propias dependencias que adelante la política de previsión rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.</p> <p>Artículo 3. El Ministerio de Salud Pública a través de Superintendencia Nacional de Salud Será la encargada de vigilar el estricto cumplimiento de estas normas a nivel nacional, departamental y municipal.</p> <p>Parágrafo. Los alcaldes municipales y las autoridades de salud donde existieren, serán los encargados de coordinar con las autoridades locales del ICBF el incumplimiento que se le esté dando a ésta ley que desarrolla los artículos 47 y 68 inciso final de la Constitución Nacional.</p> <p>Artículo 4. El Ministerio de Salud Pública coordinará con el ICBF, para que los beneficiarios al llegar a la mayoría de edad sigan siendo objeto de la atención de Estado de acuerdo con la estructura y organización de la salud pública en e país.</p> <p>Exposición de Motivos El ICBF debe tener entre sus objetivos la atención de la población infantil con limitaciones, físicas, sensoriales y psíquicas, para no establecer una discriminación con la atención que le merece la niñez colombiana. El adulto son esos mismos defectos será atendido por el Ministerio de Salud, entidad que debe asumir la solución de acuerdo con las entidades y recursos humanos que disponga el país. Se ha vinculado a los Gobernadores y los Alcaldes siguiendo la política de descentralización inspirada en la misma Constitución, pero sobre todo para evitar que muchos niños campesinos y habitantes de la periferia puedan excluirse por carencia de instrumentación legal que les de acceso a los servicios del Estado en esta materia. (Documento 60)</p> |
| <p>Proyecto de Ley No. 95 de 2002 Senado.</p> <p>Presentado el 3 de octubre de</p> | <p>Por medio de la cual se reforma el artículo 6 de la Ley 361 de 1997.</p> <p>Artículo 1. El Artículo 6 de la Ley 361 de 1997 quedará así : Constitúyase el Consejo Nacional Para La Discapacidad como ente rector y orientador institucional para la Formulación, seguimiento y verificación de las Políticas Públicas, las estrategias y programas en pro de la Población con Discapacidad en Colombia.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>2002.</p> <p>Autor: H. Senador Jairo Clopatofsky Ghisays.</p> <p>Ponente Senado: H. Senador Oscar Iván Zuluaga.</p> <p>Publicado en Gaceta No. 418 de 2002.</p> <p>Publicación de ponencia para primer debate en Gaceta No. 237 de 2003.</p> | <p>Parágrafo 1. El Consejo Nacional para la Discapacidad, estará conformado por el Secretario General de la Presidencia de la República, los Ministros de Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Comunicaciones, Comercio, Transporte, por cinco (5) miembros en representación de las organizaciones de personas con discapacidad física, visual, auditiva, mental y de Discapacidad Múltiple, y dos (2) representantes de organizaciones para personas con discapacidad de entidades sin ánimo de lucro del sector privado que atienda la Discapacidad.</p> <p>Parágrafo 2. La Coordinación del Consejo Nacional para la Discapacidad estará a cargo del Secretario General de la Presidencia de la República o su delegado y estará adscrito al Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.</p> <p>Parágrafo 3. El Director Nacional de la Red de Solidaridad Social o su delegado, tendrá voz sin voto en las sesiones del consejo.</p> <p>Parágrafo 4. Son funciones del Consejo Nacional para la Discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formular la política pública para la solución de la problemática de las personas con discapacidad física, mental o sensorial. Formular el Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad física, mental o sensorial en el marco del Plan Nacional de Desarrollo. -Promover y Preparar los proyectos de ley y de decretos para desarrollar los principios, derechos y deberes de las personas con discapacidad física, mental o sensorial y la prevención de las mismas. -Velar porque se apropie en el respectivo presupuesto de las entidades que conforman el Sistema, los recursos necesarios para ejecutar los programas y proyectos del Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad física, mental o sensorial. -Velar por el cumplimiento de las disposiciones y principios de la Ley 361 de 1997. -Promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial. -Darse su propio reglamento. <p>Artículo 2. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>Objetivo del proyecto</p> <p>El autor de la iniciativa legislativa pretende fundamentalmente con el Proyecto 95 de 2002, buscar con el Consejo una estructura que en su convocatoria y selección, garantice una adecuada representación de la Sociedad Civil y busca mecanismos de interacción con otras instancias territoriales. Plantea la necesidad de una instancia técnica de soporte a la gestión social e institucional, mediante la planeación intersectorial por los Grupos de Enlace Sectorial por cada uno de los componentes. El cambio del Comité existente en la ley, por el Consejo propuesto, lo justifica en el hecho de haber sido trasladado en su operación a instancias de la Red de Solidaridad Social, lo cual en su concepto ha conducido a una muy pobre labor y lo que hoy se tiene está completamente desarticulado.</p> <p>Consideraciones de la ponencia</p> <p>Toda legislación, así como el desarrollo e implementación de políticas encaminadas al logro de la igualdad de oportunidades, debe entenderse como un proceso mediante el cual las instituciones de la sociedad, el entorno físico, los servicios públicos, las actividades económicas y la información lleguen a estar disponibles para todos, incluyendo de manera especial a las personas con discapacidad y a la población vulnerable. Así también la igualdad de derechos, implica la satisfacción de las necesidades por igual, por parte de la sociedad y esta a través de sus instituciones debe garantizar que los recursos han de</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| | <p>emplearse de manera tal que los necesitados reciban el apoyo en el marco de las estructuras de educación, salud, empleo y servicios sociales. (Documento 61)</p> |
| <p>Proyecto de Ley No. 96 de 2002 Senado.</p> <p>Presentado el 3 de octubre de 2002.</p> <p>Autor: H. Senador Jairo Clopatofsky Ghisays.</p> <p>Ponente Senado: H. Senador José María Villanueva Ramírez.</p> <p>Publicado en Gaceta No. 563 de 2002.</p> <p>Publicación de ponencia para primer debate Gaceta No. 563 de 2002.</p> | <p>Por medio de la cual se establece la Estructura y Organización de la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Para efectos de la participación de las personas con Discapacidad y de las instituciones privadas que intervienen en esta población, créase la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad, a fin de establecer la organización y los mecanismos de participación en las instancias previstas por la Ley donde se contemple la representación organizada legalmente de los ciudadanos y de la sociedad civil de la población con Discapacidad.</p> <p>Parágrafo. La Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad integrará en parte y trabajará de manera conjunta con el máximo órgano de la Discapacidad en Colombia que es el Consejo Nacional de Discapacidad.</p> <p>Artículo 2. Para efectos de la Discapacidad, se reconocerán dos clases de organizaciones provenientes de la Sociedad Civil sin detrimento de los derechos contemplados en la Constitución y la Ley. La Organización de las personas con Discapacidad Física, Mental, Auditiva, visual y multi-impedidos, y La Organización de las instituciones privadas que intervienen por y para la Discapacidad en Colombia.</p> <p>Artículo 3. La Confederación Colombiana de las Personas con Discapacidad elegirá en Asamblea a los miembros de su Consejo Superior cada dos años, el cual estará integrado por Siete (7) miembros principales de la siguiente manera: Uno por la Federación Nacional de Personas con Discapacidad Física, Uno por la Federación Nacional de Personas con Discapacidad Auditiva, Uno por la Federación Nacional de Personas con Discapacidad Visual, Uno por la Federación Nacional de Personas con Discapacidad Psíquica o Mental, Uno por la Federación Nacional de Niños Menores de Edad con Discapacidad Psíquica o Mental, y Dos (2) por la Organización de las instituciones privadas que intervienen por y para la Discapacidad en Colombia.</p> <p>Artículo 4. El Consejo Nacional de la Discapacidad deberá Promover La Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad, la cual estará conformada por las federaciones nacionales por cada una de las Discapacidades.</p> <p>Parágrafo. Solo existirá una Confederación Colombiana de personas con Discapacidad y solo existirá una Federación Nacional por Discapacidad en Colombia, las cuales estarán integradas por las asociaciones Regionales o Departamentales, Distritales y Municipales.</p> <p>Artículo 5. La Dirección de la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad será rotativa por periodos de cuatro (4) años, entre los representantes de las organizaciones que corresponden a cada tipo de Discapacidad.</p> <p>Artículo 6. Son funciones de la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad.</p> <p>-Producir insumos para la formulación del Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad, los cuales serán entregados al Consejo Nacional de Discapacidad por intermedio de sus delegados.</p> |

-Efectuar recomendaciones técnicas para el desarrollo de la política social a favor de las personas con algún tipo de discapacidad al CND

-Realizar la Veeduría Ciudadana organizada al cumplimiento de las políticas y del Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad.

-Dictar su propio reglamento que tenga como línea principal y rectora la presente Ley.

-Escoger a los cinco (5) miembros representantes de cada una de las Discapacidades para integrar parte del Consejo Nacional de Discapacidad.

-Avalar y certificar a los Dos (2) representantes de organizaciones para personas con discapacidad, que sean representantes de entidades sin ánimo de lucro del sector privado.

Parágrafo. La confederación Colombiana de Personas con Discapacidad, podrá invitar con voz pero sin voto, de acuerdo con el tema a tratar, a los representantes de las entidades gubernamentales.

Artículo 7. Ninguna persona podrá pertenecer a más de una Federación u Organismo de Discapacidad.

Artículo 8. La presente Ley comenzara a regir a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Exposición de Motivos:

El mencionado proyecto de ley, busca como objetivo principal crear la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad, dándole estructura y funciones específicas, con el ánimo de identificar a las diversas federaciones e invitar a analizar y organizar la problemática de cada una de ellas, mirar sus necesidades, y en general poder conocer directamente de los involucrados, lo que requieren en las diferentes áreas de discapacidad así: Personas con Discapacidad Física, personas con Discapacidad Auditiva, personas con Discapacidad Visual, personas con Discapacidad Psíquica o Mental, niños Menores de Edad con Discapacidad Psíquica o Mental, y las Organizaciones de las instituciones privadas que intervienen por y para la Discapacidad en Colombia.

Justificación al pliego de modificaciones:

El autor, con el proyecto de ley presentado, pretende que la Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad dependa del Consejo Nacional para la Discapacidad, entidad que apenas busca su creación, mediante el Proyecto de ley número 95 de 2002 Senado, proyecto de ley por medio del cual se reforma el artículo 6 de la Ley 361 de 1997, con el fin de establecer el Consejo Nacional para la Discapacidad, proyecto al cual no se le ha dado el primer debate en la Comisión Séptima del Senado. Es por eso que el texto propuesto para el primer artículo es que la Confederación dependa: Parágrafo: La Confederación Colombiana de Personas con Discapacidad integrará en parte y trabajará de manera conjunta con el máximo órgano de la discapacidad en Colombia, que en este momento es el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, pues no podría la ley que llegue a aprobarse, dejar dependiendo la Confederación de un ente que legalmente no está constituido.

(Documento 62)

VI. Legislación Extranjera

A. Constituciones

| País-Fecha | CONTENIDO DE INTERES |
|-------------------------------------|---|
| Argentina. Agosto 22 de 1994. | <p>Constitución de la Nación Argentina.</p> <p>Artículo 75. Corresponde al Congreso. -Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. (Documento 63)</p> |
| España. Diciembre 29 de 1978. | <p>Constitución Española.</p> <p>Artículo 9. 2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.</p> <p>Artículo 10 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretaran de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.</p> <p>Artículo 14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.</p> <p>Artículo 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos. (Documento 64)</p> |
| México. 1917. | <p>Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la</p> |

| | |
|-------------|---|
| | <p>conurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.</p> <p><i>(Documento 65)</i></p> |
| Perú. 1993. | <p>Constitución del Perú.</p> <p>Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p> <p>Artículo 16. Tanto el sistema como el régimen educativo son descentralizados. El Estado coordina la política educativa. Formula los lineamientos generales de los planes de estudios así como los requisitos mínimos de la organización de los centros educativos. Supervisa su cumplimiento y la calidad de la educación. Es deber del Estado asegurar que nadie se vea impedido de recibir educación adecuada por razón de su situación económica o de limitaciones mentales o físicas. Se da prioridad a la educación en la asignación de recursos ordinarios del Presupuesto de la República.</p> <p><i>(Documento 66)</i></p> |

B. Legislación Ordinaria

| País-Fecha | CONTENIDO DE INTERES |
|--|--|
| Argentina, Ley No. 22.431, marzo 16 de 1981. | <p>Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.</p> <p>Artículo 1. Institúyase por la presente ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.</p> <p>Artículo 2. A los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.</p> <p>Artículo 4. El Estado, a través de sus organismos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan, o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos, los siguientes servicios:</p> <p>a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la</p> |

- persona discapacitada;
- b) Formación laboral o profesional;
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual;
- d) Regímenes diferenciales de seguridad social;
- e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común;

Artículo 8. El Estado nacional, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4 %) de la totalidad de su personal.

Artículo 11. En todos los casos en que se conceda u otorgue el uso de bienes del dominio público o privado del Estado nacional o de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires para la explotación de pequeños comercios, se dará prioridad a las personas discapacitadas que estén en condiciones de desempeñarse en tales actividades, siempre que las atiendan personalmente, aún cuando para ello necesiten del ocasional auxilio de terceros.

Artículo 13. El Ministerio de Cultura y Educación tendrá a su cargo:

- a) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados, en todos los grados educacionales especiales, oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados tendiendo a su integración al sistema educativo;
- b) Dictar las normas de ingreso y egreso a establecimientos educacionales para personas discapacitadas, las cuales se extenderán desde la detección de los déficits hasta los casos de discapacidad profunda, aun cuando ésta no encuadre en el régimen de las escuelas de educación especial;
- c) Crear centros de valuación y orientación vocacional para los educandos discapacitados;
- d) Coordinar con las autoridades competentes las derivaciones de los educandos discapacitados a tareas competitivas o a talleres protegidos;
- e) Formar personal docente y profesionales especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.

Artículo 20. Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al contralor de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional y/o de rehabilitación a los que deban concurrir. La reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a los discapacitados transportados, las características de los buses que deberán exhibir y las sanciones aplicables a los transportistas en caso de inobservancia de esta norma.

Artículo 23. Los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas tendrán derecho al cómputo de una deducción especial en el impuesto a las ganancias, equivalente al setenta por ciento (70 %) de las retribuciones correspondientes al personal discapacitado en cada período fiscal.

(Documento 67)

Argentina.
Ley 24.901
de
noviembre 5
de 1997.

Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

Artículo 1. Institúyase por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Artículo 4. Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.

Artículo 11. Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Artículo 14. Prestaciones preventivas. La madre y el niño tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social. En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente. Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación u otros tratamientos que se puedan aplicar. En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

Artículo 15. Prestaciones de rehabilitación. Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social.

Artículo 17. Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza- aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para realizarlas en un período predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad.

Artículo 21. Educación inicial. Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello. Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

Artículo 22. Educación general básica. Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de

| | |
|---|--|
| | <p>edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común. El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación. El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.</p> <p>Artículo 23. Formación laboral. Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.</p> <p>Artículo 34. Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren, conforme la evaluación y orientación estipulada en el artículo 11 de la presente ley.</p> <p>Artículo 38. En caso que una persona con discapacidad requiriera, en función de su patología, medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país, se le reconocerá el costo total de los mismos.</p> <p>Artículo 39. Será obligación de los entes que prestan cobertura social, el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:</p> <p>a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así o determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley:</p> <p>b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley:</p> <p>c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario. (Documento 68)</p> |
| <p>Bolivia. Decreto Supremo No. 24.807 de agosto 4 de 1997.</p> | <p>Reglamento a la Ley 1678 de la persona con discapacidad.</p> <p>Artículo 2. De los derechos de las personas con discapacidad. Toda persona con discapacidad tiene derecho a:</p> <p>b) Un hogar si no lo tuviera, provisto por el Estado a través del Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría de Servicio Social y las instituciones departamentales de atención a las personas con discapacidad, en coordinación con los Comités Departamentales.</p> <p>d) La atención oportuna, integral y con calidad en salud.</p> <p>e) La carnetización para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos y obtención</p> |

de beneficios sociales.

Artículo 3. Del comité nacional de la persona con discapacidad.

I. En cumplimiento al artículo 17 de la Ley No 1678, se constituye el comité nacional de la persona con discapacidad, como ente ejecutor de la misma. Es un organismo descentralizado que para efectos presupuestarios estará bajo la tuición del Ministerio de Desarrollo Humano.

Artículo 6. Obligaciones de las familias de las personas con discapacidad.

Son obligaciones de las familias de las personas con discapacidad:

- a) Organizarse para reclamar por los derechos de sus hijos, a través de las Juntas Escolares y Asociaciones de Padres.
- b) Tomar parte activa en el proceso de rehabilitación y educación de sus hijos, trabajando en coordinación con los profesionales especializados.
- c) No discriminar en el trato y velar por el respeto a la igualdad de oportunidades como cualquier otro ciudadano.
- d) Asumir la responsabilidad moral y económica y cumplir el régimen de internado en algún centro o institución pública o privada, si así fuese necesario.

Artículo 7. Del área gubernamental de salud.

- b) Capacitar al personal de salud que sea idóneo y responsable, de acuerdo al nivel de atención, para trabajar con personas con discapacidad brindándoles un trato adecuado, sin discriminación y con ética profesional.
- l) Acreditar los servicios de rehabilitación del Sistema Nacional de Salud.
- m) Normar, supervisar y evaluar políticas, planes programas y estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria de las deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Artículo 8. El área gubernamental de educación. Son funciones del Área Gubernamental de Educación:

- a) Establecer políticas, estrategias y normas para fortalecer la Educación Especial a través de la educación formal y alternativa, fomentando una cultura de dignidad y respeto por los derechos humanos, políticos y sociales de las personas con discapacidad.
- b) Promover la integración de niños, niñas, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales, en los diferentes niveles de educación formal, en igualdad de condiciones y oportunidades que los demás, de acuerdo a los principios de democratización, normalización e integración, fomentando un desarrollo humano pleno. Esto, a través del respeto a las diferencias, diversidad individual y principio de equidad, creando pedagogías educativas y acciones referidas a la investigación, diseño, adaptaciones curriculares y otorgación de medios e instrumentos adecuados.
- n) Incluir en los planes, programas y currículo de estudio de los Centros de Formación Superior o Técnica y/o Universidades, la temática de necesidades educativas especiales. Asimismo, fomentar la creación de cátedras de Educación Especial.
- p) Desarrollar acciones de investigación y sistematización para identificar de manera cuantitativa y cualitativa la problemática de discapacidad. Asimismo, impulsar acciones de diagnóstico comunitario para determinar conocimientos, prácticas, actitudes y valores de la comunidad con relación a la persona con discapacidad, en el marco de la participación popular y el incentivo al desarrollo comunitario.

| | |
|--|--|
| | <p>Artículo 9. Del área gubernamental de trabajo. b) Elaborar políticas y normas sobre Rehabilitación Profesional y readaptación para el trabajo, en coordinación con el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad</p> <p>Artículo 11. Del área gubernamental de hacienda. Son funciones del Área Gubernamental de Hacienda: a) Otorgar en favor de los Centros de Habilitación y Rehabilitación de personas con discapacidad, la liberación de tributos en la importación de equipos, aparatos ortopédicos, órtesis, prótesis, materiales de apoyo, automóviles ortopédicos, adecuados y estrictamente utilizados en la habilitación o rehabilitación de personas discapacitadas. c) Otorgar la liberación del Gravamen Arancelario Consolidado (GAC) en la importación de medicamentos específicos destinados a personas con discapacidades que requieran para su tratamiento siempre que la importación de estos medicamentos sea directamente efectuada por la persona con discapacidad (en caso de enajenados mentales por su curador), con prescripción médica avalada por dictamen favorable del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, debiendo ser consumidos por la propia persona con discapacidad, sin que pueda venderlos ni donarlos posteriormente.</p> <p>Artículo 14. Del área gubernamental de transportes. c) Promover que las empresas terrestres, aéreas, lacustres y fluviales, sean públicas, privadas o mixtas concedan descuentos del 50 % en los pasajes a personas con discapacidad severa (tetrapléjicos, sordociegos y otros) que requieran de acompañante, cuando los viajes sean interdepartamentales o interprovinciales.</p> <p>Artículo 15. Del área gubernamental de deportes. Son funciones del Área Gubernamental de Deportes: Fomentar la participación de personas con discapacidad en todas las manifestaciones deportivas departamentales, nacionales e internacionales, a través de programas de deporte integrado y compartido, adoptando medidas adecuadas para que, conforme al objetivo de la rehabilitación, la práctica del deporte se realice con la participación conjunta de personas con discapacidad y no discapacitadas. <i>(Documento 69)</i></p> |
| <p>España. Orden de Febrero 14 de 1996, del Ministerio de Educación y Ciencia.</p> | <p>Evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales.</p> <p>1. Ámbito de aplicación. La presente Orden será de aplicación en los centros educativos públicos y privados situados en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación y Ciencia que impartan los niveles y etapas de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional específica, y escolaricen alumnos con necesidades educativas especiales que precisan adaptaciones de acceso y/o adaptaciones curriculares significativas.</p> <p>4. Registro de las adaptaciones curriculares. Las adaptaciones curriculares significativas realizadas se recogerán en un documento individual, en el que se incluirán los datos de identificación del alumno; las propuestas de adaptación, tanto las de acceso al currículo como las propiamente curriculares; las modalidades de apoyo; la colaboración con la familia; los criterios de promoción y</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>los acuerdos tomados al realizar los oportunos seguimientos.</p> <p>8. Consejo Orientador. El Consejo Orientador sobre el futuro académico y profesional para el alumnado con necesidades educativas especiales que obtenga el título de Graduado en Educación Secundaria, proporcionará la información precisa e incluirá las propuestas que se consideran adecuadas para cada alumno, teniendo en cuenta tanto sus preferencias como los itinerarios educativos que le permitan desarrollar más plenamente sus capacidades, con el fin de facilitar una elección ajustada y realista. (Documento 70)</p> |
| <p>España. Decreto 122 de octubre 2 de 1997.</p> | <p>Por el cual se regula el régimen jurídico básico de servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas.</p> <p>Artículo 1. Objeto. 1. El objeto del presente Decreto es la regulación del régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de personas con enfermedades mentales graves y crónicas.</p> <p>Artículo 2. Finalidad y objetivos del servicio público. 1. El Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario para personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con dificultades de funcionamiento psicosocial y de integración social, tiene como finalidad esencial atender sus necesidades sociales específicas y favorecer su rehabilitación e integración social, así como apoyar a sus familias. 2. Los objetivos generales del citado servicio son los siguientes: a) Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, promoviendo y apoyando su integración social. b) Posibilitar la mejora de su funcionamiento psicosocial de modo que puedan manejarse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible. c) Apoyar a las familias de enfermos mentales crónicos, mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.</p> <p>Artículo 3. Ámbitos de actuación. Los ámbitos de intervención psicosocial y social que conforman este Servicio Público son los siguientes: a) Rehabilitación psicosocial (proceso individualizado de recuperación de habilidades y capacidades personales y sociales y de apoyo para promover el mayor nivel posible de autonomía y funcionamiento en la comunidad). b) Apoyo a la integración social y soporte comunitario. c) Atención residencial: Alternativas residenciales comunitarias. d) Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo. e) Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias, así como promoción y apoyo al asociacionismo o entre familiares y enfermos mentales crónicos.</p> <p>Artículo 5. Tipos de centros: Definición y prestaciones. A los efectos del presente Decreto, se incluyen como centros o recursos integrados en la red pública del citado Servicio, los siguientes: 1. Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Son un tipo de Centros de Día dirigidos a ayudar a las personas enfermas mentales crónicas a que alcancen el máximo desarrollo de su autonomía personal</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>y social y el mayor grado posible de integración social en la comunidad. Así como a sus familias para mejorar sus recursos y hacerles más competentes en el manejo de la convivencia con su familiar afectado de enfermedad mental grave y crónica y en el apoyo a su rehabilitación.</p> <p>2. Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Son Centros dirigidos a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas que tienen dificultades especiales para su acceso al mundo laboral. Dichos Centros tienen como misión preparar a dichas personas para su inserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral.</p> <p>3. Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias. a) Mini-Residencias: Son Centros residenciales destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas y con deterioro en su autonomía personal y social. Proporcionan con carácter temporal o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria, a las personas arriba citadas que no cuenten con apoyo familiar y social y/o que debido a su grado de deterioro psicosocial requieren los servicios de este tipo de centro residencial.</p> <p>Artículo 6. Requisitos de los usuarios. 1. A los efectos del presente Decreto, la población beneficiaria de este Servicio Público, se define como aquella que incluye a personas que sufren o están afectadas por enfermedades o trastornos mentales graves y crónicos (esquizofrenias, trastornos maniacodepresivos, trastornos depresivos graves, trastornos paranoides y otras psicosis) que presentan dificultades de funcionamiento psicosocial (pérdida o deterioro de su nivel de autonomía personal o social, déficit de sus capacidades funcionales en relación a los diferentes aspectos de la vida diaria: autocuidado, relaciones sociales, relaciones familiares, ocio, aprendizaje, etc.) b) Tener una edad comprendida entre dieciocho y sesenta y cinco años. La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales podrá modificar los límites anteriores en supuestos excepcionales cuando las necesidades especiales de rehabilitación o atención residencial lo exijan. (Documento 71)</p> |
| <p>España. Orden de septiembre 17 de 1998, de la Consejería de Sanidad y Política Social.</p> | <p>Por la que se crea la Oficina Regional de Información y Asesoramiento a personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Objeto. La presente Orden tiene por objeto la creación de una Oficina Regional de Información y Asesoramiento a Personas con Discapacidad (ORIAD), que se configura como una unidad administrativa dependiente de la Subdirección de Gestión de Servicios Sociales del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, a través del Servicio de Atención a Discapacitados y Otros Colectivos.</p> <p>Artículo 3. Objetivos. Los objetivos generales de la Oficina regional de Información y Asesoramiento a Personas con Discapacidad son: -Constituir un lugar de referencia para las personas con discapacidad sobre recursos, ayudas, prestaciones y servicios, facilitando un asesoramiento especializado. -Preparar y difundir la información especializada a diversos Organismos y Entidades Locales que acerquen la información a las personas con discapacidad y a sus familias. -Proporcionar información especializada en las áreas de Rehabilitación,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Formación, Integración laboral e Integración Social.</p> <p>Artículo 4. Funciones y competencias. Son funciones y competencias de la Oficina Regional de Información y Asesoramiento a Personas con discapacidad:</p> <p>l. Prestar información y asesoramiento sobre recursos comunitarios y privados, así como de las ayudas técnicas, en las áreas de Rehabilitación y Formación.</p> <p>m. Propiciar a las personas con discapacidad un asesoramiento tendente a su inserción laboral, como proceso subsiguiente al de evaluación, diagnóstico y calificación de minusvalía.</p> <p>n. Facilitar a los posibles empleadores un asesoramiento dirigido a un mejor conocimiento de los aspectos profesionales y de las medidas de apoyo a la contratación de las personas con discapacidad, así como información sobre los organismos competentes, ayudas económicas y tramitación correspondiente. (Documento 72)</p> |
| <p>España. Ley 41 de noviembre 18 de 2003.</p> | <p>Ley de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil.</p> <p>Artículo 1. Objeto y régimen jurídico.</p> <p>1. El objeto de esta ley es favorecer l a aportación a título gratuito de bienes y derechos al patrimonio de las personas con discapacidad y establecer mecanismos adecuados para garantizar la afección de tales bienes y derechos, así como de los frutos, productos y rendimientos de éstos, a la satisfacción de las necesidades vitales de sus titulares.</p> <p>Artículo 2. Beneficiarios.</p> <p>1. El patrimonio protegido de las personas con discapacidad tendrá como beneficiario, exclusivamente, a la persona en cuyo interés se constituya, que será su titular.</p> <p>2. A los efectos de esta ley únicamente tendrán la consideración de personas con discapacidad:</p> <p>a) Las afectadas por una minusvalía psíquica igual o superior al 33 por ciento.</p> <p>b) Las afectadas por una minusvalía física o sensorial igual o superior al 65 por ciento.</p> <p>Artículo 3. Constitución.</p> <p>1. Podrán constituir un patrimonio protegido:</p> <p>a) La propia persona con discapacidad beneficiaria del mismo, siempre que tenga capacidad de obrar suficiente. BOE núm. 277 Miércoles 19 noviembre 2003 40857</p> <p>b) Sus padres, tutores o curadores cuando la persona con discapacidad no tenga capacidad de obrar suficiente.</p> <p>c) El guardador de hecho de una persona con discapacidad psíquica podrá constituir en beneficio de éste un patrimonio protegido con los bienes que sus padres o tutores le hubieran dejado por título hereditario o hubiera de recibir en virtud de pensiones constituidas por aquéllos y en los que hubiera sido designado beneficiario.</p> <p>3. El patrimonio protegido se constituirá en documento público, o por resolución judicial en el supuesto contemplado en el apartado anterior. Dicho documento público o resolución judicial tendrá, como mínimo, el siguiente contenido:</p> <p>a) El inventario de los bienes y derechos que inicialmente constituyan el patrimonio protegido.</p> <p>b) La determinación de las reglas de administración y, en su caso, de fiscalización, incluyendo los procedimientos de designación de las personas que</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>hayan de integrar los órganos de administración o, en su caso, de fiscalización.</p> <p>Artículo 5. Administración.</p> <p>1. Cuando el constituyente del patrimonio protegido sea el propio beneficiario del mismo, su administración, cualquiera que sea la procedencia de los bienes y derechos que lo integren, se sujetará a las reglas establecidas en el documento público de constitución.</p> <p>2. En los demás casos, las reglas de administración, establecidas en el documento público de constitución, deberán prever la obligatoriedad de autorización judicial en los mismos supuestos que el tutor la requiere respecto de los bienes del tutelado.</p> <p>Artículo 6. Extinción.</p> <p>1. El patrimonio protegido se extingue por la muerte o declaración de fallecimiento de su beneficiario o por dejar éste de tener la condición de persona con discapacidad</p> <p>2. Si el patrimonio protegido se hubiera extinguido por muerte o declaración de fallecimiento de su beneficiario, se entenderá comprendido en su herencia.</p> <p>Artículo 7. Supervisión.</p> <p>1. La supervisión de la administración del patrimonio protegido corresponde al Ministerio Fiscal, quien instará del juez lo que proceda en beneficio de la persona con discapacidad, incluso la sustitución del administrador, el cambio de las reglas de administración, el establecimiento de medidas especiales de fiscalización. (Documento 73)</p> |
| <p>España. Ley de diciembre 2 de 2003.</p> | <p>Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Objeto de la Ley.</p> <p>1. Esta Ley tiene por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución.</p> <p>A estos efectos, se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.</p> <p>Artículo 2. Principios. Esta Ley se inspira en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.</p> <p>A estos efectos, se entiende por:</p> <p>a) Vida independiente: la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.</p> <p>b) Normalización: el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.</p> <p>c) Accesibilidad universal: la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.</p> <p>Artículo 3. Ámbito de aplicación. De acuerdo con el principio de transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, esta Ley se aplicará en los siguientes ámbitos:</p> <p>a) Telecomunicaciones y sociedad de la información. b) Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación. c) Transportes. d) Bienes y servicios a disposición del público. e) Relaciones con las Administraciones públicas.</p> <p>Artículo 8. Medidas de acción positiva.</p> <p>1. Se consideran medidas de acción positiva aquellos apoyos de carácter específico destinados a prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad.</p> <p>2. Los poderes públicos adoptarán las medidas de acción positiva suplementarias para aquellas personas con discapacidad que objetivamente sufren un mayor grado de discriminación o presentan menor igualdad de oportunidades, como son las mujeres con discapacidad, las personas con discapacidad severamente afectadas, las personas con discapacidad que no pueden representarse a sí mismas o las que padecen una más acusada exclusión social por razón de su discapacidad, así como las personas con discapacidad que viven habitualmente en el ámbito rural.</p> <p>Artículo 10. Condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación.</p> <p>1. El Gobierno, sin perjuicio de las competencias atribuidas a las comunidades autónomas y a las corporaciones locales, regulará unas condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación que garanticen unos mismos niveles de igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos con discapacidad.</p> <p>Artículo 15. Participación de las organizaciones representativas de las personas con discapacidad y sus familias.</p> <p>1. Las personas con discapacidad y sus familias, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la preparación, elaboración y adopción de las decisiones que les conciernen, siendo obligación de las Administraciones públicas en la esfera de sus respectivas competencias promover las condiciones para asegurar que esta participación sea real y efectiva. De igual modo, se promoverá su presencia permanente en los órganos de las Administraciones públicas, de carácter participativo y consultivo, cuyas funciones estén directamente relacionadas con materias que tengan incidencia en esferas de interés preferente para personas con discapacidad y sus familias. <i>(Documento 74)</i></p> |
| <p>España. Real Decreto 1742 de diciembre 19 de 2003.</p> | <p>Por el cual se establece la normativa básica para el acceso a los estudios universitarios de carácter oficial.</p> <p>Artículo 14. Reserva de plazas.</p> <p>2. Las universidades reservarán un tres por ciento de las plazas disponibles para estudiantes que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento, así como para aquellos estudiantes con necesidades educativas</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>especiales permanentes asociadas a las circunstancias personales de discapacidad que durante su escolarización anterior hayan precisado de recursos y apoyos para su plena normalización educativa. La minusvalía deberá estar acreditada por órgano competente de la comunidad autónoma correspondiente.</p> <p>Disposición adicional cuarta. Personas con discapacidad. El acceso de los estudiantes con discapacidad a los estudios universitarios de carácter oficial se basará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas. Los procedimientos de admisión de estudiantes establecidos en este real decreto y en sus normas o actos de desarrollo que sean establecidas por las universidades contendrán las medidas que resulten necesarias para la adaptación de aquéllos a las necesidades especiales de estas personas. (Documento 75)</p> |
| <p>Guatemala. Decreto No. 135 de noviembre 28 de 1996.</p> | <p>Ley de atención a las personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Declaración. Se declara de beneficio social el desarrollo integral de las personas con discapacidad, física, sensorial y/o psíquica (mental), en igualdad de condiciones, para su participación en el desarrollo económico, social, cultural y político del país. b) Garantizar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en ámbitos como: salud, educación, trabajo, recreación, deportes, cultura y otros.</p> <p>Artículo 3. Definición. Se considera como discapacidad cualquier deficiencia física, mental o sensorial congénita o adquirida, que limite substancialmente una o más de las actividades consideradas normales para una persona.</p> <p>Artículo 12. La obligación primordial del desarrollo de la persona con discapacidad corresponde a los padres, tutores o personas encargadas, quienes tienen obligaciones comunes en lo que a esta norma se refiere. Para garantizar su cumplimiento el Estado deberá: a) Elevar el nivel de vida y de atención a las personas con discapacidad. b) Facilitar la creación de fuentes de trabajo, específicas para las personas con discapacidad. c) Fomentar la creación de escuelas o centros especiales para la atención de personas con discapacidad, que, con motivo de su limitación física o mental, no puedan asistir a las escuelas regulares.</p> <p>Artículo 22. Se crea el Consejo nacional para la atención de las personas con discapacidad, como entidad autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio y con carácter coordinador, asesor e impulsor de políticas generales en materia de discapacidad. Su conformación orgánica, su funcionamiento y ámbito de acción estarán definidos en el reglamento de la presente ley. El Consejo Nacional tendrá plena capacidad para adquirir derechos y obligaciones, para lo cual elegirá entre sus miembros, a su junta directiva, para un período de dos años.</p> <p>Artículo 25. La persona con discapacidad tiene derecho a la educación desde la estimulación temprana hasta la educación superior, siempre y cuando su limitación física o mental se lo permita. Esta disposición incluye tanto la educación pública como la privada.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Artículo 34. El Estado garantiza la facilitación de la creación de fuentes de trabajo para que las personas con discapacidad, tengan el derecho de un empleo adecuado a sus condiciones y necesidades personales, dependiendo de las limitaciones físicas o mentales que presenten.</p> <p>Artículo 36. Se considera prioritaria la capacitación a las personas con discapacidad mayores de dieciocho años que, como consecuencia de su discapacidad, no hayan tenido acceso a la educación y carezcan de formación laboral.</p> <p>Artículo 41. El trabajo de las personas con discapacidad debe ser adecuado especialmente a su edad, condiciones, estado físico, desarrollo intelectual y valores morales.</p> <p>Artículo 44. Las personas con discapacidad tienen derecho al disfrute, bajo las mismas condiciones, de los servicios de salud y del tratamiento de las enfermedades y su rehabilitación. Los servicios de salud deberán ofrecerse evitando actos discriminatorios; considerándose como tal, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el hospital público o centro de salud que le corresponda.</p> <p>Artículo 65. Los espacios físicos en general y donde se realicen actividades culturales, deportivas o recreativas en particular, deberán ser accesibles a las personas con discapacidad. Las instituciones públicas y privadas que promuevan y realicen actividades de estos tipos, deberán proporcionar los medios técnicos necesarios para que todas las personas puedan disfrutarlas.</p> <p>Artículo 66. Se considera acto discriminatorio que, en razón de la discapacidad, se le niegue a una persona participar en actividades culturales, deportivas y recreativas que promuevan o realicen las instituciones públicas o privadas. (Documento 76)</p> |
| <p>México. Ley del Estado de Coahuila, diciembre 31 de 1996.</p> | <p>Ley para el desarrollo integral de las personas con discapacidad en el Estado de Coahuila.</p> <p>Artículo 1. La presente ley es de orden público y de interés general, sus disposiciones son de observancia obligatoria en el Estado, y tiene por objeto establecer y regular las medidas y acciones tendientes a promover el desarrollo integral de las personas con discapacidad, así mismo se pretende motivar a la colectividad para que favorezca la incorporación de este grupo a las diferentes actividades.</p> <p>Artículo 2. En los términos de esta ley son beneficiarios de la misma los individuos disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas, sensoriales y de relación social que les limite e impida realizar su desarrollo integral.</p> <p>Artículo 3. Para los efectos de esta Ley se entiende por: Discapacidad: Toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Persona con discapacidad: Todo ser humano que padece temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, psíquicas o</p> |

sensoriales que le impide realizar una actividad normal.

Artículo 4. Son derechos que la Ley reconoce y protege en favor de los discapacitados:

- I. Tener la oportunidad plena del derecho a la educación, dentro del marco jurídico de nuestra Constitución;
- II. El tener oportunidades laborales de acuerdo a su perfil Profesional, técnico, manual y de sus capacidades físicas;

Artículo 10. Mediante la presente Ley, se crea el Organismo Interinstitucional Consultivo del Ejecutivo Estatal, denominado Comisión Estatal Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad en Coahuila, cuyas atribuciones estarán comprendidas en su reglamento interno que para el efecto se expida.

Artículo 12. Esta Comisión elaborará el Programa Estatal para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, cuyo propósito será garantizar el pleno respeto y ejercicio a los derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a los servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura, que permita la movilidad y el transporte de las personas con discapacidad.

Artículo 19. El proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad comprende:

- I. Rehabilitación médico-funcional.
- II. Orientación y tratamiento psicológico.
- III. Educación general y especial.
- IV. Rehabilitación socioeconómica y laboral.

Artículo 21. La rehabilitación médico-funcional está dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presentan una disminución de capacidad física, psicológica o de relación social; deberá comenzar de forma inmediata con la detección y diagnóstico de cualquier anomalía o deficiencia debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible, así como el mantenimiento de ésta.

Artículo 24. Los procesos de rehabilitación para la incorporación laboral o profesional comprenderán entre otras, las etapas siguientes:

- I. Los tratamientos de rehabilitación médico-funcional específico para la incorporación de alguna función laboral.
- II. La orientación ocupacional y vocacional.
- III. La formación, readaptación y reeducación ocupacional.
- IV. La ubicación de acuerdo a la aptitud y actitud de la persona con discapacidad.
- V. Efectuar el seguimiento y evaluación del proceso de incorporación, desde el punto de vista físico, psicológico y laboral del discapacitado.

Artículo 36. La finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores discapacitados, será su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su caso, su incorporación a sistemas de trabajo protegido, en condiciones salubres, dignas y de mínimo riesgo a su seguridad.

Artículo 38. El Estado a través de la Unidad competente en la materia,

| | |
|--|--|
| | <p>establecerá programas de promoción del empleo de los discapacitados creando al efecto una bolsa de trabajo, en la que se concentren listas de aspirantes con sus aptitudes y capacidades.</p> <p>Artículo 45. La educación especial tendrá como propósito favorecer la integración de menores con necesidades especiales a los planteles de educación regular. Así mismo, promoverá alternativas de Educación Especial para aquellos alumnos que no se logren integrar a las de carácter regular en las que se satisfagan las necesidades básicas de aprendizaje y la convivencia autónoma social y productiva. (Documento 77)</p> |
| <p>Perú. Ley No. 27.050, diciembre 31 de 1998.</p> | <p>Ley General de la Persona con Discapacidad.</p> <p>Artículo 1. Finalidad de la Ley. La presente Ley, tiene por finalidad establecer el régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural, previsto en el Artículo 7 de la Constitución Política del Estado.</p> <p>Artículo 2. Definición de la persona con discapacidad. La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales, limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad.</p> <p>Artículo 4. Papel de la familia y el Estado. La familia tiene una labor esencial frente al logro de las acciones y objetivos establecidos en esta Ley. El Estado ofrecerá a la familia capacitación integral (educativa, deportiva, de salud, de incorporación laboral, etc.) para atender la presencia de alguna discapacidad en uno o varios miembros de la familia.</p> <p>Artículo 5. Creación del Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad. Para el logro de los fines y la aplicación de la presente Ley, créase el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), incorporándose como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.</p> <p>Artículo 14. Medidas de Prevención. 14.1. Las medidas de prevención están orientadas a impedir las deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a evitar que las deficiencias ya producidas tengan mayores consecuencias negativas tanto físicas, psicológicas como sociales.</p> <p>Artículo 16. Acceso a los servicios de salud. La persona con discapacidad tiene derecho al acceso a los servicios de salud del Ministerio de Salud. El personal médico, profesional, auxiliar y administrativo les brindan una atención especial en base a la capacitación y actualización en la comunicación, orientación y conducción que faciliten su asistencia y tratamiento.</p> <p>Artículo 20. Atención de la salud en las instituciones del Estado. Las</p> |

instituciones del Estado en el campo de la salud, en coordinación con CONADIS, brindan atención en todas sus especialidades a las personas con discapacidad, con la finalidad de alcanzar la recuperación de su salud. Con el mismo objeto, el Ministerio de Salud promueve la participación de instituciones del sector privado para la atención de las personas con discapacidad en los servicios de salud que éstas posean.

Artículo 21. Ingreso a la Seguridad Social. El Estado, promueve el ingreso a la Seguridad Social, de las personas con discapacidad, mediante regímenes de aportación y afiliación regular o potestativa. El CONADIS coordinará un régimen especial de prestaciones de salud asumidas por el Estado para personas con discapacidad severa y en situación de extrema pobreza, el cual será fijado en el Reglamento.

Artículo 22. Directivas y adaptaciones curriculares. Los Centros Educativos Regulares y Centros Educativos Especiales contemplarán dentro de su Proyecto Curricular de Centro, las necesarias adaptaciones curriculares que permitan dar una respuesta educativa pertinente a la diversidad de alumnos, incluyendo a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales.

Artículo 23. Orientación de la educación.

23.1 La educación de la persona con discapacidad está dirigida a su integración e inclusión social, económica y cultural, con este fin, los Centros Educativos Regulares y Especiales deberán incorporar a las personas con discapacidad, tomando en cuenta la naturaleza de la discapacidad, las aptitudes de la persona, así como las posibilidades e intereses individuales y/o familiares.

Artículo 25. Adecuación de los procedimientos de ingreso a los centros educativos

Los establecimientos educativos de cualquier nivel, así como los organismos públicos y privados de capacitación que ofrezcan cursos y carreras profesionales y técnicas, adecuarán los procedimientos de ingreso para que permitan el acceso de las personas con discapacidad.

Artículo 30. Descuento para el ingreso a las actividades deportivas y culturales. Toda persona que disponga de la constancia de inscripción en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad tendrá derecho a un descuento de hasta 50 (cincuenta) por ciento sobre el valor de la entrada a los espectáculos culturales y deportivos organizados y/o auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura, el Instituto Nacional del Deporte y las Municipalidades.

Artículo 31. Beneficios y derechos en la legislación laboral.

31.1. La persona con discapacidad, gozará de todos los beneficios y derechos que dispone la legislación laboral para los trabajadores.

Artículo 32. Planes permanentes de capacitación, actualización y reconversión profesional. El CONADIS coordina y supervisa la ejecución de planes permanentes de capacitación, actualización y reconversión profesional y técnica, para las personas con discapacidad, dirigidos a facilitar la obtención, conservación y progreso laboral dependiente o independiente.

Artículo 35. Deducción de gastos sobre el importe total de remuneraciones. Las entidades públicas o privadas, que a partir de la vigencia de la presente Ley empleen personas con discapacidad, obtendrán deducción de la renta bruta sobre

| | |
|---|--|
| | <p>las remuneraciones que se paguen a éstas personas, en un porcentaje adicional que será fijado por el Ministerio de Economía y Finanzas.</p> <p>Artículo 37. Créditos preferenciales o financiamiento a micro y pequeñas empresas. El CONADIS en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas apoyan el otorgamiento de créditos preferenciales o financiamiento a las micro y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, buscando líneas especiales para este fin, procedentes de organismos financieros internacionales o nacionales.</p> <p>Artículo 47. Importaciones de vehículos, instrumentos y otros. 47.1. La importación de vehículos especiales, prótesis y otros, para uso exclusivo de personas con discapacidad, se encuentran inafectos al pago de derechos arancelarios. (Documento 78)</p> |
| <p>República Dominicana Ley 42 de junio 30 de 2000.</p> | <p>Ley General sobre la Discapacidad en República Dominicana.</p> <p>Artículo 8. El Estado asegurará la provisión de viviendas a personas con discapacidad en los proyectos estatales que sean adecuadas a su condición.</p> <p>Artículo 11. El Estado adoptará las providencias que fueren necesarias para que las personas con discapacidad tengan acceso a los planes de seguridad social, incluidos los planes de servicios médicos, pensiones y jubilaciones y cualquier otro componente de la seguridad social cuya necesidad resulte evidente.</p> <p>Artículo 12. El Estado velará porque las personas con discapacidad puedan participar en las actividades culturales, deportivas, recreativas y religiosas en condiciones de igualdad. Asimismo, que se les ofrezcan los medios técnicos y educativos necesarios para que desarrollen sus capacidades creativas, artísticas e intelectuales en sus diversas manifestaciones.</p> <p>Artículo 14. Se crea el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), como una institución autónoma del Estado, adscrita a la Presidencia de la República. Sus funciones son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Dictar, evaluar y velar por el cumplimiento de las políticas en las diferentes áreas de intervención de la presente ley. 2.- Velar por la aplicación y actualización de la presente ley. 3.- La observancia del respeto a los derechos de las personas con discapacidad. 4.- Procurar la eliminación de toda forma de discriminación hacia las personas con discapacidad. 5.- Planificar y supervisar la ejecución de programas dirigidos a alcanzar la plena integración de las personas con discapacidad a la sociedad. <p>Artículo 30. Para los fines de la presente ley, la valoración de la discapacidad se regirá por la última versión en español de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, adoptadas por la Organización Mundial de la Salud, o cualquier clasificación similar aceptada por este organismo internacional.</p> <p>Artículo 31. Una vez se detecte algún déficit o discapacidad en una persona deberá ser referida de inmediato a un centro de atención especializado, donde se realizará la valoración correspondiente y se determinará el nivel de intervención.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Artículo 37. La política de integración socioeconómica de personas con discapacidad tendrá como finalidad primordial su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación a un sistema de empleos protegidos o reservados que asegure a las personas con discapacidad obtener empleo en el mercado de trabajo, siguiendo el espíritu del artículo 7, numeral 7, de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el convenio 159, sobre la readaptación profesional y empleo de personas con discapacidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la parte VII, artículos 32 al 35, por lo que el organismo rector asegurará que las instancias públicas correspondientes y privadas apliquen las medidas necesarias para lograr esto.</p> <p>Artículo 42. La política de integración educativa para las personas con discapacidad tendrá, como finalidad; primordial, asegurar una formación orientada desarrollo integral de la persona en la sociedad, así como una participación efectiva en la misma, por que el organismo rector procurará que la educación de estas personas constituya parte de la planificación nacional de la enseñanza.</p> <p>Artículo 43. Cuando las limitaciones de las personas con discapacidad sea de una severidad tal que imposibilite su incorporación a las escuelas comunes, el Estado creará los centros de educación especial para capacitación hasta el máximo nivel posible de los educandos. Apoyará a los existentes en aspectos técnicos y financieros. También, se crearán dichos centros si fuere necesario, de modo que esté debidamente asegurada la atención a las personas con discapacidades múltiples. (Documento 79)</p> |
| <p>Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo, diciembre 16 de 1992.</p> | <p>Derechos de los deficientes mentales.</p> <p>En el ámbito de los derechos civiles:</p> <p>2.Pide que no se permita tomar declaración a los deficientes mentales, en calidad de inculpados o de testigos en procedimientos civiles o penales, sin la presencia de una persona de su confianza y que sólo se acuda en los procesos a su internamiento en caso de peligro para la comunidad y cuando no puedan adoptarse otras medidas menos radicales;</p> <p>5.Pide que se mejore la educación afectiva y sexual de los deficientes mentales, lo que requiere una gran dosis de sensibilidad para sus particulares circunstancias, y que se les permita satisfacer sus necesidades sexuales como a las demás personas;</p> <p>En el ámbito de la formación y la educación:</p> <p>10. Pide un asesoramiento temprano e intensivo para todos los padres de niños deficientes mentales con objeto de detectar cuanto antes las posibles deficiencias, impedir su desarrollo mediante programas especiales y desarrollar las capacidades existentes;</p> <p>12.Pide una educación integrada en jardines de infancia y escuelas siempre que la situación del deficiente mental lo permita; ello requiere ofrecer terapias especiales para los deficientes mentales; el trato con niños deficientes mentales comporta ventajas para los niños «normales» porque les enseña a ser tolerantes y les permite entrar en contacto con otras maneras de vivir y entender el mundo;</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>En el ámbito del trabajo y la seguridad social: 19. Pide que los deficientes mentales en las empresas y en los talleres de protección disfruten de un estatuto adecuado a su situación, así como de vacaciones equivalentes a las de los demás trabajadores y de un salario basado en su rendimiento. Asimismo se organizará su representación en la empresa a través de un o una portavoz;</p> <p>En el ámbito de la asistencia y la vivienda: 26. Pide que los períodos de educación y cuidado se computen a los efectos de la pensión de jubilación; (Documento 80)</p> |
| <p>Uruguay. Ley No. 16.095, octubre 4 de 1989.</p> | <p>Personas discapacitadas.</p> <p>Artículo 1. Objeto de la ley. Establécese por la presente ley un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas 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.</p> <p>Artículo 3. Concepto de prevención. Prevención es la aplicación de medidas destinadas a impedir la ocurrencia de discapacidades físicas, sensoriales o mentales, o, si éstas han ocurrido, evitar que tengan consecuencias físicas psicológicas o sociales negativas.</p> <p>Artículo 4. Concepto de rehabilitación. Rehabilitación integral es el proceso total, caracterizado por la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y laborales, para adaptar o readaptar al individuo, y que tiene por objeto lograr el más alto nivel posible de capacitación y de integración social de los discapacitados, así como también las acciones que tiendan a eliminar las desventajas del medio en que se desenvuelven para el desarrollo de dicha capacidad.</p> <p>Artículo 5. Derechos. Sin perjuicio de los derechos que establecen las normas nacionales vigentes y convenios internacionales del trabajo ratificados, los derechos de los discapacitados serán los establecidos en las Declaraciones de los Derechos de los Impedidos y de los Retrasados Mentales proclamados por las Naciones Unidas con fecha 9 de diciembre de 1975 y 20 de diciembre de 1971, respectivamente.</p> <p>Artículo 8. Declárase de interés nacional la rehabilitación integral de las personas discapacitadas.</p> <p>Artículo 11. Corresponde a la Comisión Nacional Honoraria de Discapacitado la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación e integración social del discapacitado, a cuyo efecto deberá procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios, creados a crearse, a los fines establecidos en la presente ley.</p> <p>Artículo 15. La protección del discapacitado de cualquier edad se cumplirá mediante acciones y medidas en orden a su salud, educación, seguridad social y</p> |

trabajo.

Artículo 16. El Estado prestará asistencia coordinada a los discapacitados, que carezcan de alguno o todos los beneficios a que refieren los literales siguientes, a fin de que puedan desempeñar en la sociedad un papel equivalente al que ejercen las demás personas.

- A) Atención médica, psicológica y social;
- B) Rehabilitación integral;
- C) Régimen especial de seguridad social;
- D) Programa de educación especial;
- E) Formación laboral o profesional;
- F) Prestaciones o subsidios destinados a facilitar su actividad física, laboral e intelectual;
- G) Transporte público;
- H) Formación de personal especializado para su orientación y rehabilitación;
- I) Estímulos para las entidades que les otorguen puestos de trabajo;
- J) Programas educativos de y para la comunidad en favor de los discapacitados;

Artículo 19. Podrá constituirse el Bien de Familia en favor de un hijo discapacitado por todo el tiempo que persista la discapacidad y siempre que no integre su patrimonio otro bien inmueble, el inmueble deberá ser la casa-habitación habitual del beneficiario.

Artículo 34. Los discapacitados deberán integrarse con los no discapacitados en los cursos curriculares, desde la educación preescolar en adelante, siempre que esta integración les sea beneficiosa en todos los aspectos. Si fuera necesario se les brindará enseñanza especial complementaria en su establecimiento de enseñanza común, con los apoyos y complementos adecuados. En aquellos casos en que el tipo o grado de la discapacidad lo requiera, la enseñanza se impartirá en centros educativos especiales, por maestros especializados en la materia. Los programas se adaptarán a la situación particular de los discapacitados.

Artículo 39. Se promoverá la sensibilización y la educación de la comunidad sobre el significado y la conducta adecuada ante las diferentes discapacidades, así como la necesidad de prevenir la discapacidad, a través de las distintas instituciones o cualquier agrupamiento humano organizado.

Artículo 41. La orientación y la rehabilitación laboral y profesional deberán dispensarse a todos los discapacitados según su vocación, posibilidades y necesidades y se procurará facilitarles el ejercicio de una actividad remunerada.

Artículo 42. El Estado, los Gobiernos Departamentales, los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y las personas de derecho público no estatales, están obligados a ocupar personas impedidas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción mínima no inferior al cuatro por ciento de sus vacantes.

| | |
|--|---|
| | <p>Artículo 56. Todas las empresas de transporte colectivo nacional terrestre de pasajeros están obligadas a transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en las condiciones que regulará la reglamentación.</p> <p>Artículo 58. Facúltase al Poder Ejecutivo a exonerar el pago de la totalidad de los derechos arancelarios a las importaciones de aparatos médicos, de prótesis, de vehículos ortopédicos calificados para uso personal y de ayudas técnicas para ser utilizadas por los discapacitados o las instituciones encargadas de su atención, así como el pago de los derechos arancelarios a las importaciones de artículos, materiales y equipos de formación que requiera los centros de rehabilitación, los talleres protegidos, los empleadores y las personas discapacitadas y los aparatos auxiliares e instrumentos determinados que necesiten los discapacitados para obtener y conservar el empleo. (Documento 81)</p> |
|--|---|

C. Planes de Atención a la Población con Discapacidad

| País-Fecha | CONTENIDO DE INTERES |
|---|--|
| <p>España. II Plan de Acción para las personas con discapaci- dad 2003–2007. Aprobado por el consejo de ministros del 5 de diciembre de 2003.</p> | <p>El contenido del II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007 se organiza en cuatro grandes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención a personas con graves discapacidades. 2. Políticas activas de inserción laboral de las personas con discapacidad. 3. Promoción de la accesibilidad de entornos, productos y servicios. 4. Cohesión de los Servicios Sociales para personas con discapacidad. <p>Todas las Áreas tienen idéntica estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Una Introducción que ofrece datos básicos sobre la materia del área, una sucinta descripción de la situación actual, y la relación de los principales marcos de política social que están definiendo las grandes directrices para los próximos años. -Una parte central en la que se recogen las propuestas. Consta de un objetivo general que expresa la finalidad última de tales propuestas, estrategias para lograr ese objetivo, las líneas de actuación que desarrollan cada estrategia y las medidas que concretan las actuaciones a llevar a cabo. <p>Las personas con discapacidad constituyen un sector numeroso de población, pero muy heterogéneo. Hasta tiempos relativamente recientes no existía conciencia de colectivo unitario, había por el contrario numerosos grupos fragmentados (sordos, ciegos, deficientes, paráliticos, enfermos mentales, etc.) Cada grupo tenía su propia identidad, vivía sus problemas como propios y hasta se procuraba servicios especiales para atender sus necesidades, que consideraba singulares. A esta fragmentación de grupos se correspondía una gran diversidad de nombres: inválidos, deficientes, retirados, inactivos, etc. que en esencia estaban denotando sólo un aspecto de la problemática (un déficit, una genérica menor capacidad, una consecuencia en relación al trabajo...), pero no toda la amplitud del fenómeno, sin duda complejo, de la discapacidad. Hoy, gracias en gran parte al esfuerzo de conceptualización liderado por la Organización Mundial</p> |

de la Salud (OMS), se conocen mejor los componentes de la discapacidad y su interconexión.

En su última versión (CIF, 2001), se utiliza el término "Discapacidad" como el nombre genérico que engloba todos los componentes: Deficiencias a nivel corporal; Limitaciones en la actividad, a nivel individual; y Restricciones en la participación, a nivel social. Se trata de tres dimensiones diferentes asociadas a un problema de salud que interactúan entre sí con los factores contextuales (factores ambientales y personales). Ha sido largo el camino recorrido hasta llegar a esta nueva conceptualización de la discapacidad: camino que va desde un enfoque eminentemente biológico a otro más comprensivo de los factores ambientales. De fijarnos en los déficits a fijarnos más en los derechos de estas personas. De ocuparnos sólo de los individuos a preocuparnos también por los obstáculos ambientales.

Este nuevo enfoque sostiene que una parte sustancial de las dificultades y desventajas que tienen las personas con discapacidad no son atribuibles a sus propios déficits y limitaciones sino a carencias, obstáculos y barreras que existen en el entorno social. La discapacidad se concibe en consecuencia como la desventaja que tiene una persona a la hora de participar en igualdad de condiciones, resultante de sus déficits y limitaciones, pero también efecto de los obstáculos restrictivos del entorno. La solución, por tanto, de los problemas inherentes a la discapacidad no es sólo individual y requiere también cambios en los entornos inmediatos (hogar, escuela, centros de trabajo, establecimientos comerciales, etc.), en las estructuras sociales formales e informales existentes en la comunidad (transporte, comunicaciones, seguridad social, políticas laborales, etc.), y también cambios en las normas, criterios y prácticas que rigen e influyen en el comportamiento y en la vida social de los individuos. El enfoque correcto, por tanto, supone actuar simultáneamente sobre las personas y sobre los entornos donde estas personas viven.

El enfoque de los derechos humanos:

Paralelamente al proceso de reformulación del concepto de discapacidad ha ido variando, como es lógico, nuestra forma de enfocar la atención de las necesidades de este colectivo. En los años 70, cuando predominaba el modelo biológico-individual de la discapacidad, el enfoque predominante era el de la Rehabilitación. Su esencia consistía en "reparar" o "compensar" las funciones dañadas mediante técnicas terapéuticas y/o aparatos y ayudas técnicas, en la idea de que con esos apoyos y mejorías el sujeto afectado se reintegraría a las actividades propias de su edad y ámbito cultural.

Siendo esto así, era preciso incorporar al enfoque de equiparación de oportunidades medidas que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales. En esta perspectiva más "ambientalista" se encuentran dos estrategias de intervención, relativamente nuevas que, desde postulados inicialmente distintos, van sin embargo convergiendo progresivamente y terminan por entroncar con el enfoque de los derechos humanos. Se trata de la estrategia de la "lucha contra la discriminación" y la de "accesibilidad universal". La estrategia a favor de la accesibilidad se centró, en un principio, en los entornos físicos (barreras arquitectónicas) para derivar progresivamente a productos y servicios no adaptados y por tanto no utilizables por todos. La lucha contra la discriminación se fija, más que nada, en comportamientos y prácticas excluyentes, pero pronto encuentra que no sólo los

comportamientos discriminan, sino que también discrimina un entorno no accesible, un producto no utilizable por todos o un servicio que no tiene en cuenta las especiales dificultades de ciertas personas. Se trata de discriminaciones indirectas pero muy efectivas. Así pues, tanto los entornos, productos y servicios como las normas, criterios y prácticas generan discriminación, discriminación a la hora de disfrutar los derechos reconocidos a todos.

Más de 3,5 millones de españoles con discapacidad:

Para la EDDES-99 el número total de personas con discapacidad en España asciende a 3.528.221; en términos relativos esta cifra supone el 9% de la población española; por grandes grupos de edad se distribuyen de la siguiente forma:

Población total con discapacidades 3.528.221, el 9% de la población total.

Las deficiencias:

Las deficiencias osteoarticulares son la primera causa de las discapacidades cuantitativamente hablando; a ella se debe más del 25% de las discapacidades.

Le siguen las deficiencias visuales y auditivas que causan cada una de ellas alrededor del 18% de las discapacidades registradas. Las deficiencias mentales y otras deficiencias (deficiencias múltiples y no clasificadas) causan cada una de ellas alrededor del 11%. Menor incidencia tienen las discapacidades viscerales (7%) las del sistema nervioso (6%) y la del lenguaje y habla (1%).

Atención a personas con graves discapacidades:

Objetivo General: “Desarrollar un sistema de protección integral a las personas con graves discapacidades y a sus familias”.

Estrategia 11. Protección económica. Articular de forma progresiva a partir de las actuales prestaciones un sistema integrado de protección económica a las personas con graves discapacidades y a sus familias con la participación activa de la sociedad y de las Administraciones Públicas en todos sus niveles.

Estrategia 12. Atención socio-sanitaria. Impulsar un modelo de atención socio-sanitaria que garantice las prestaciones y la continuidad de cuidados sanitarios y de servicios sociales a los gravemente afectados.

Estrategia 13. Apoyo a familias. Desarrollar un conjunto de prestaciones técnicas y de servicios de apoyo para las familias cuidadoras de personas con graves discapacidades.

Estrategia 14. Derechos y bienestar. Promover el bienestar individual y la calidad de vida de las personas con graves discapacidades.

Políticas activas de inserción laboral de las personas con discapacidad:

Estrategia 21. Medidas contra la discriminación. Estableciendo medidas contra la discriminación en el trabajo que garanticen el derecho a la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo y en la promoción a través del trabajo a las personas con discapacidad.

Línea de actuación.

Medidas organismos responsables: Sensibilización y formación sobre no discriminación:

| | |
|---|--|
| | <p>-Promover actividades de información, campañas de concienciación, acciones formativas y cuantas otras sean necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades y no discriminación.</p> <p>-Análisis con perspectiva de género de los principales factores vinculados a la discriminación en el acceso al empleo en los sectores de Empleo Público, Sociedad de la Información y Empleos de Proximidad.</p> <p>-Apoyo al intercambio de información y a la difusión de buenas prácticas en materia de lucha contra la discriminación, con especial consideración de las mujeres con discapacidad, en materia de empleo entre responsables y profesionales de las organizaciones empresariales y sindicales.</p> <p>-Campañas de sensibilización dirigidas a los agentes sociales, profesionales de la gestión de recursos humanos e inspectores de trabajo.</p> <p>Estudio de iniciativas para la formación en materia de no discriminación a miembros de la judicatura, a responsables de ONG y al personal de las diferentes Administraciones Públicas, con módulos especiales sobre mujeres con discapacidad.</p> <p>Incorporar la gestión de calidad a los servicios sociales: Los cambios vertiginosos que se están dando en el mundo de la empresa privada y, en general, en toda la sociedad, están impulsando cambios en la gestión de los servicios públicos. Todo ello está transformando la Administración Pública, tradicionalmente responsable de la gestión de los servicios sociales, en una administración participada, más eficiente y más abierta a al corresponsabilidad con el sector privado.</p> <p>En este contexto la introducción de la gestión de la calidad de los servicios sociales, se observa como una necesidad, como un derecho de los ciudadanos y ciudadanas, y una obligación de los actores que realizan dichos servicios. La introducción de la gestión de calidad en la Administración Pública es relativamente reciente. Desde hace algún tiempo el Ministerio de Administraciones Públicas está desarrollando un Plan de Calidad que refleja el compromiso de la Administración General del Estado con la mejora continua y la calidad de sus servicios. Por otra parte, existe en la Administración del Estado otras iniciativas para la implantación de la gestión de calidad en los servicios sanitarios y en los centros educativos. Quizás la novedad más importante es la recién aprobada Ley de Cohesión y Calidad, donde se confirman y consolidan los sistemas de gestión y evaluación de calidad de una forma homogénea en todo el Estado.</p> <p>Debe tenerse en cuenta la iniciativa para la calidad de los servicios públicos que ha puesto en marcha hace pocos años el Observatorio para la Calidad de los Servicios Públicos, lanzando con éxito un premio a la calidad, con dos ediciones realizadas y en camino hacia la tercera convocatoria. Por su parte, el IMSERSO introduce políticas de calidad de vida en todos sus servicios, desarrolla sistemas de gestión de calidad en algunos de sus centros y realiza controles de calidad de algunos programas. Otras iniciativas públicas se han desarrollado en las comunidades autónomas y algunos ayuntamientos. <i>(Documento 82)</i></p> |
| Perú. Plan de Igualdad de oportunidades para las | <p>Introducción.</p> <p>Los grupos vulnerables son definidos como aquellos sectores de la población que por su especial situación de desventaja y falta de acceso, requieren de una mayor</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Personas con Discapacidad 2003–2007. Mayo de 2003.</p> | <p>atención o una atención prioritaria por parte del Estado. Los grupos vulnerables se conforman teniendo en cuenta factores como nivel económico, sectores afectados por la pobreza o extrema pobreza; grupos de edad, niños, niñas, adolescentes y ancianos; sexo, mujeres; u otras condiciones particulares como las personas con discapacidad. Es imprescindible que el Estado, a través de sus instituciones, identifique a los grupos vulnerables a fin de poder orientar, centralizar o focalizar el gasto público y las acciones del gobierno en quienes más lo requieren.</p> <p>En virtud de esto, las personas con discapacidad constituyen, pues, uno de los principales grupos vulnerables o en riesgo en nuestro país, debido a la situación de pobreza en que se encuentran, y que se genera por la existencia de prejuicios y temores por parte de la sociedad, de barreras arquitectónicas e urbanísticas que les impiden el acceso a la ciudad y a todos los servicios que en esta se brinda, de barreras en el transporte que les impide la movilización o el traslado incluso a los centros de rehabilitación, entre otras. Estas barreras implican la no integración social, económico, laboral, cultural y de toda índole de la persona con discapacidad e incluso su discriminación y marginación.</p> <p>¿Cuánta es la población con discapacidad? Según aproximaciones internacionales, las personas con discapacidad representan cerca del 10% de la población total en el Perú de acuerdo a las estadísticas preparadas por la Organización Mundial para la Salud en base a estudios técnico-médicos realizados en los países en vías de desarrollo. En este sentido, cerca de tres millones de peruanos y peruanas tienen algún tipo de discapacidad.</p> <p>Oficialmente, no existe una estadística cierta sobre el número de personas con discapacidad que habitan en el Perú, ni sobre el tipo de discapacidad que tienen, ni sobre su condición socio económica y laboral. Hay al respecto dos informaciones contradictorias. Una que se remonta al censo nacional de 1993, realizado por el INEI, que determinó que el 1.3% de la población, es decir, 288,526 personas tenían algún tipo de discapacidad. La otra que proviene de un estudio realizado por el INR, titulado “Prevalencia de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú. 1993”, según la cual la Discapacidad afecta al 31.28 %, y la Minusvalía al 13.08 % de la población peruana. Este abismo estadístico (1.3% frente a 31.28%) se explica por los graves errores de la encuesta censal utilizada y por el manejo de dos definiciones distintas del concepto “discapacidad”, sin embargo está en camino de resolverse pronto en base al trabajo conjunto que ha empezado a desarrollar el INEI y el CONADIS.</p> <p>En el Perú, existe un estrecho vínculo entre discapacidad y pobreza, ya que la discapacidad genera pobreza económica y en medio de ella aumenta el número de personas con discapacidad, todo ello debido a la creciente situación de marginación y exclusión en que se encuentran las personas con discapacidad y que se refleja en la falta de acceso a los procesos de salud, educación, trabajo y organización, principalmente, evitando su activa participación en todos los actos de la vida humana. En resumen podemos afirmar que el número de personas con discapacidad en los últimos 25 años se ha incrementado significativamente a causa tanto de la situación económica como de las políticas implementadas en los diferentes campos sociales.</p> <p>Discapacidad y pobreza: Actualmente en el país tenemos 54,8% de la población que se encuentra en</p> |
|---|---|

situación de pobreza y 24,4% de la población que se encuentra en extrema pobreza. Se estima que para resolver ese estado de pobreza en el Perú se necesitaría 3 mil millones de dólares para la pobreza total y 700 millones de dólares para la pobreza extrema. La incidencia de la pobreza en cifras del año 2001 son las siguientes:

- La pobreza total, es del 54,8%. En el área urbana 42% y en el sector rural 78,4%.

El plan de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad:

Principios:

El PIO para las PCD pretende, como dinámica de gestión, llegar a todos los actores sociales para concebir la ejecución cotidiana de acciones como la búsqueda de un cambio de actitudes y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. En este sentido, el PIO para las PCD se funda en los siguientes principios básicos:

- Autodeterminación.
- Igualdad y no discriminación.
- Participación plena en todas las actividades de la vida.
- Desarrollo personal y goce de todas las etapas de la vida.
- Una vida libre de toda forma de violencia.
- Desarrollar la solidaridad humana como base del desarrollo y la convivencia pacífica.

De manera general el PIO para las PCD se guía por el respeto de los derechos fundamentales del individuo y el reconocimiento a los derechos económicos, sociales, culturales y del ambiente establecidos por la Carta Constitucional. En particular el plan se propone destacar a la tolerancia, la igualdad y el respeto a la diferencia, como principios esenciales de la convivencia ciudadana e instrumentos fundamentales para construir el destino colectivo de la Nación.

En estrecha conexión con los principios básicos que deben guiar toda propuesta que tenga como objetivo mejorar las condiciones de vida del colectivo con discapacidad, los principios rectores del PIO para las PCD son los siguientes:

1. La implementación de una política pública basada en el reconocimiento de la dignidad de las personas con discapacidad, y en el pleno respeto, protección y promoción de sus derechos humanos fundamentales;
2. La incorporación transversal de la perspectiva de la discapacidad en todas sus políticas, programas y acciones a fin de contribuir a la efectiva participación de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida social, económica, política, cultural, etc., del país;
3. El principio de igualdad y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad que hagan realidad su plena integración en el tejido social peruano de conformidad con lo establecido en la Constitución Política del Perú, la Carta Social y el Acuerdo Nacional;
4. El principio de la autodeterminación de las personas con discapacidad a fin de que ejerzan plenamente su derecho a participar activamente en la toma de decisiones de la cuestión pública en lo que les compete como personas con discapacidad y como ciudadanos;
5. La organización independiente de las personas con discapacidad en instituciones y asociaciones democráticas, participativas y de ancha base a nivel local, regional y nacional;

6. Acciones interdisciplinarias a todo nivel debido al carácter transversal de la problemática y que afecta a todas las esferas de la actividad humana tales como salud, educación, trabajo, familia, tiempo libre, descentralización, entre otras;
7. Medidas eficaces de supervisión para garantizar la difusión y el efectivo cumplimiento de la legislación nacional vigente, realizando las actuaciones y modificaciones necesarias para hacer factible la integración y la inclusión de las personas con discapacidad con su debida participación;
8. La discusión, cumplimiento y adecuación necesaria de la normativa internacional sobre discapacidad, formalizando la adhesión del Estado Peruano a dicha normatividad;

Lineamientos de política:

Para el logro del objetivo planteado, el PIO para las PCD focaliza su atención en cinco (5) aspectos principales:

1. Implementar, ampliar y asegurar la oferta de servicios de salud, de prevención y de rehabilitación, a través de asistencia social, nutricional, médica, docente y de orientación y formación profesional, así como ayudas técnicas y la entrega de ayudas compensatorias;
2. Garantizar el acceso universal, la gratuidad y calidad de la educación promoviendo el desarrollo físico y mental de los educandos con discapacidad bajo un marco de carácter inclusivo;
3. Promover y asegurar mejoras en las condiciones de vida de las personas con discapacidad mediante la generación de oportunidades laborales, sociales y culturales a través del desarrollo de programas y proyectos específicos en el marco de la lucha contra la pobreza;
4. Eliminar progresivamente las barreras de todo tipo (mentales o de actitud, físicas, comunicacionales, en el transporte, etc.) para promover la plena participación de las personas con discapacidad en todas las esferas de la sociedad;
5. Fomentar, apoyar y promover el asociacionismo y la activa y organizada participación de las personas con discapacidad en todas las esferas de la actividad humana: económica, social y cultural en la planificación y en la toma de decisiones que les competa a nivel nacional, regional y local;

Objetivos específicos:

En materia de Salud:

Incrementar el acceso y la cobertura a los servicios integrales de salud y rehabilitación para las PCD, con la participación activa de la familia y la comunidad.

En materia de Educación:

Garantizar el acceso, la gratuidad y calidad en la educación en un marco de carácter inclusivo.

En materia Laboral:

Promover el acceso e incremento de las oportunidades de empleo digno dependiente e independiente de las personas con discapacidad a fin de contribuir a lograr su realización plena.

En materia de Vivienda, Construcción y Saneamiento:

Promover el derecho al acceso a una vivienda digna para las personas con discapacidad.

En materia de Transportes y Comunicaciones:
Eliminar progresivamente las barreras físicas, comunicacionales y en el transporte.

En materia Social:

Incrementar los niveles de participación de las personas con discapacidad en todas las esferas de la actividad humana: económica, social y cultural en la planificación y en la toma de decisiones que les compete a nivel nacional.

Seguimiento y evaluación:

Los sectores comprometidos en la elaboración del PIO para las PCD deberán reformular sus planes operativos y estratégicos a fin de incorporar las acciones y actividades propuestas para el cumplimiento de los fines del presente plan.

Asimismo, se constituirá una Comisión Multisectorial de Seguimiento y Evaluación conformada por representantes de cada uno de los sectores involucrados quienes se reunirán periódicamente para sistematizar la información, evaluar los avances, logros, impedimentos y obstáculos en la ejecución del PIO para las PCD, proponiendo, a nivel sectorial, las medidas correctivas o solutorias que permitan su efectiva ejecución y cumplimiento de metas.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo:

El Ministerio orgánicamente cuenta con dos Vice Ministerios. El Vice Ministerio de Trabajo que se encarga de todas las acciones vinculadas a relaciones de trabajo, custodiando los beneficios y derechos que la legislación laboral otorga a las personas con discapacidad.

- Promover el empleo en el marco de igualdad de oportunidades;
- Establecer políticas y normativas vinculadas con la protección social del Trabajo y la Formación Profesional y la capacitación para el Trabajo;
- Fomentar, difundir y supervisar mediante la inspección del trabajo, el cumplimiento de las normas laborales de los Regímenes laborales existentes.
- Fomentar, establecer, dirigir, supervisar y evaluar la política socio-laboral, orientada al empleo con protección social, especialmente en los sectores con mayores dificultades de acceso al mercado de trabajo, como son las personas con discapacidad, menores y las mujeres de escasos recursos.
- Proponer políticas y supervisar la intermediación laboral, las agencias de colocaciones, las empresas contratistas, y cualquier otra modalidad empresarial cuyo objeto principal esté vinculado con el suministro de mano de obra en el mercado.
- Proponer y evaluar la política de bienestar y seguridad social en coordinación y concertación con las instituciones públicas y privadas vinculadas a la Seguridad Social y con las organizaciones representativas.

En el ámbito del Sector de Promoción del Empleo:

- Formular, evaluar y supervisar la política de empleo, formación profesional, capacitación para el trabajo y reconversión laboral que se orienta a garantizar la igualdad de oportunidades, especialmente de grupos vulnerables como los jóvenes, las personas con discapacidad y las mujeres que trabajan.
- Establecer sistemas de generación de información en materia de empleo, formación profesional y protección social, y difundir esta información entre los agentes del mercado laboral.
- Operar agencias gratuitas de colocación de trabajadores.

Promover normas y estándares de responsabilidad social empresarial, así como el desarrollo de ventajas competitivas basadas en la difusión y certificación independiente de las mismas.

Ministerio de Economía:

El Ministerio de Economía y Finanzas señala como objetivos de la política general de gobierno, los siguientes:

- El crecimiento económico sostenido y el desarrollo regional que permitan generar trabajo digno y productivo.
- Otorgar acceso a todos a la salud integral, nutrición, educación y cultura.
- Reforma y modernización del Estado para hacerlo eficiente, transparente y ponerlo al servicio de la sociedad.
- Establecer un nuevo modo de relaciones sociales, económicas y políticas basadas en la ética.

La política social se ha planteado como objetivos reducir la pobreza y asegurar igualdad de oportunidades a toda la población, para ello, junto a programas de carácter universal orientados al conjunto de la población, la política social considera programas que se canalicen hacia grupos sociales específicos, especialmente hacia los grandes grupos vulnerables y de pobreza extrema: niños, gestantes, poblaciones rurales, personas con discapacidad y tercera edad.

Un elevado porcentaje de la población con discapacidad está asociada a situaciones de pobreza; es decir, carencia de recursos e insatisfacción de necesidades básicas. Por lo que el combate a la pobreza supone mejorar el acceso a servicios básicos de calidad para la población pobre, a fin de mejorar sus condiciones de vida, su desarrollo humano, intelectual y productivo.

En este sentido, la estrategia de superación de la pobreza del gobierno enfatiza el acceso de los pobres a los servicios básicos de educación, salud y nutrición, principalmente en las áreas rural y urbano-marginal, dando prioridad a las poblaciones vulnerables.

Con estos principios básicos el gobierno ha admitido, en diciembre del 2002, las bases para la estrategia de superación de la pobreza y oportunidades económicas para los pobres, que busca:

- Fortalecer las capacidades humanas, sociales e institucionales.
- Implementar una estrategia de protección social para los grupos vulnerables.
- Generar oportunidades económicas para los pobres.
- Fomentar la participación ciudadana.

Por otro lado, cabe indicar, que las organizaciones de asistencia social, dentro de las cuales pueden considerarse las organizaciones de personas con discapacidad, pueden acogerse en la actualidad a los siguientes registros y sus correspondientes beneficios:

- 1) Registro de Entidades Exoneradas del Impuesto a la Renta.
- 2) Registro de Entidades Inafectas al Impuesto a la Renta.
- 3) Registro de Entidades Perceptoras de Donaciones.
- 4) Registro Especial de Donantes.

(Documento 83)

VII. Participación Ciudadana y de Organizaciones Sociales

A. Mesas de Trabajo

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|---|--|
| <p>Marzo 13 de 2004, Duitama Boyacá.</p> | <p>A través de la Fundación FIDES, se hizo llegar al presente estudio 25 cartas elaboradas principalmente por madres de niños con discapacidad mental. Estos documentos manifiestan principalmente lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se propone que alguna institución capacite a las personas con discapacidad cognitiva en actividades laborales que ellos puedan realizar. La finalidad es que sean vinculados laboralmente bajo la guía de la mencionada institución para evitar que sean explotados. Si estas personas pueden llegar a ser vinculados laboralmente bajo la vigilancia y control de alguna institución pueden llegar a ser felices con su retardo. -Una persona discapacitada debe ser educada conforme su capacidad lo permita. -Es conveniente defender los centros de capacitación y desarrollo especial. -El gobierno puede otorgar un seguro especial y exclusivo en salud y odontología de manera gratuita y de por vida para la población discapacitada que puede ser incluida en el POS. Se propone que no se cobre el copago de urgencia ni de hospitalización. -En muchos casos no se está de acuerdo con la integración escolar pues la experiencia ha sido negativa. Es necesario ampliar la cobertura y asignar más docentes especializados en este tipo de educación. -Es prioritario crear instituciones especiales en donde las personas con discapacidad se entrenen, se capaciten y se formen laboralmente para que sean útiles a la sociedad. -Es preciso que prevalezcan los subsidios de vivienda a familias de escasos recursos con algún miembro discapacitado. -Se propone que el servicio de transporte sea gratuito. -Las madres cabeza de familia con hijos discapacitados deben tener seguro de trabajo y acceso preferencial a programas de vivienda y salud. -Es posible pensar en que las personas con discapacidad puedan tener acceso preferencial y gratuito a espectáculos, parques de recreación y sitios de interés. -La resolución 2565 de octubre 24 de 2003, por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales, exige que las personas objeto de ésta resolución estén escolarizadas. Sin embargo, cuando ellos se convierten en adultos – niños especiales, no pueden estar escolarizados por su edad. -Los gobiernos locales deberían tener programas claramente definidos en sus planes de gobierno para financiar programas de educación especial. -El servicio social prestado por bachilleres puede extenderse a los centros de educación especial sobre todo en programas de recreación y deporte. Esto favorecería la integración de los niños y sensibilizaría a los bachilleres ante esta realidad. -Es necesario diseñar programas de sensibilización de la sociedad para con las personas discapacitadas. <p><i>(Documento 84)</i></p> |
| <p>Marzo 15 de 2004, Salón Boyacá del</p> | <p>1. Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Educación Especial-FIDES – Dr. Alejandro Escallón, Presidente.</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| <p>Capitolio Nacional, Bogotá.</p> | <p>Como mecanismo de protección, debe existir una ley para la integración laboral de las personas con discapacidad cognitiva con la colaboración estrecha de las instituciones públicas y privadas que manejan el tema.</p> <p>Se hace prioritario propender por una vejez lo más sana y completa posible para éstas personas.</p> <p>Es preocupante que actualmente se presentan engaños a éstas personas en lo concerniente a la interdicción judicial. Por tal motivo este sería un elemento importante a tratar en un proyecto de ley sobre el tema.</p> <p>Para las personas con discapacidad mental debe existir una ley del menor mayor.</p> <p>2. Fundación Saldarriaga Concha - Dr. José Posada, Subdirector de Relaciones Interinstitucionales.</p> <p>El Dr. Posada presenta una serie de propuestas concretas de profesores universitarios rosaristas alrededor de una legislación específica: “discapacidad mental”, en general aplicable a lo que convocan en el día de hoy. Se deja copia del documento basado en un análisis de 45 países.</p> <p>Entre las recomendaciones, se resaltan diez (10) puntos básicos e integrales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. 2. Acceso a cuidados básicos en salud mental. (limitaciones ley 100). 3. Evaluación en salud mental en concordancia con los principios adoptados internacionalmente. 4. Atención de los diferentes tipos de cuidado mental lo menos restrictivo posible (D.D.H.H). 5. Autodeterminación. (Integridad física y mental). 6. Asistir correctamente el ejercicio de su autodeterminación. 7. Se recomienda que existan revisiones periódicos de procesos no sólo en el estado clínico de la persona sino en el emocional; que ello no dependa de la decisión de un juez sino que la ley determine el periodo de revisión de cada proceso. 8. Revisión de procesos administrativos y legales y adecuarlos a los cambios en el tiempo. 9. La ley debe considerar que las personas que toman decisiones sean calificadas (jueces, profesionales en diferentes áreas) 10. Respeto a las normas de la ley. <p>3. Centro de Rehabilitación MYA. Dra. Astrid Racedo, Directora y Dr. Álvaro López, Director Administrativo y Jurídico.</p> <p>Agradecen que se les haya tenido en cuenta y comentan que actualmente el centro atiende a 160 niños especiales. Presentan un documento que es el resultado del quehacer de 40 años de la institución guiada por psiquiatras y profesionales en el tema. Recuerda el Acuerdo 03 de hace aproximadamente 10 años, cuando el H.S. Germán Vargas Lleras era Concejal de Bogotá, en el que pide se ponga a tono la legislación sobre la materia.</p> <p>Manifiesta que el aspecto tributario afecta a las instituciones que adelantan esta loable actividad porque podría poner en serio peligro su funcionamiento. Por ejemplo, anuncia que el 1 de enero de 2004 se estableció que el servicio de agua</p> |
|------------------------------------|--|

potable ya no se proveería a costos más bajos, se acabaron las exenciones en impuesto predial y además la Secretaría de hacienda del Distrito empezó a cobrar el impuesto de industria y comercio.

Sostienen que el 100% de estas instituciones son de origen privado. *“El adelanto científico lo han hecho estas instituciones, y es la mejor fuente que tienen los legisladores”.*

Otro tema de vital importancia es el de la sexualidad de estos niños pues en ninguna parte de la normatividad vigente esta teniéndose en cuenta.

4. Fundación Fe. Dra. Blanca Inés de Vallejo, Directora.

Se propone desarrollar un nuevo concepto de “discapacidad” pues ya no es una problemática personal sino social. Se debe propender porque estas personas permanezcan en su entorno, con sus familias, su sitio de vivienda, su escuela, su vida cotidiana y el sitio de trabajo en su vida adulta. Esto redundaría en su beneficio porque la inclusión social lleva consigo tejidos sociales de apoyo y relaciones intersectoriales dentro de una perspectiva sostenible.

La sociedad debe tomar conciencia de sus deberes acompañándolo con métodos de sensibilización para que las comunidades acepten y toleren la diferencia. La legislación debe apoyar el cambio de actitud y fomentar ambientes adecuados para la equiparación de igualdades. Es importante promover y verificar el acceso dentro del sistema educativo regular como cualquier otro ciudadano.

En cuanto a salud, la legislación debe ser cuidadosa pues es una población de alta vulnerabilidad y riesgo social. Así, se deben conocer y sopesar los riesgos sociales (violencia económica, emocional). De la misma forma, es importante revisar el concepto de pobreza y de calidad de vida porque éstos ya no solo son económicos.

No se puede aceptar que a mayor discapacidad se es menor ciudadano. La legislación no puede desconocer al adulto mayor. Finalmente se observa que el gran peso de este problema está siendo asumido por los privados, estando éstos en vías de extinción, y propone que el Estado asuma este problema con mayor seriedad.

5. Fundación Instituto de Adaptación Laboral Ideal. Dra. Sofía Eugenia Gómez Rincón, Directora Ejecutiva. Dra. Nasly Jimena Castillo.

Propone tener en cuenta la vida laboral para que se busquen espacios y posibilidades de empleo como personas competitivas. *¡Qué bueno pensar en interactuar y no competir entre las organizaciones!*

6. Asociación Centro de Educación Especial Rehabilitación y Capacitación Renacer. Dra. Maria Cristina Espinoza, Directora. Dra. Patricia Patarroyo, Psicóloga.

Durante 19 años de experiencia vienen presentándose problemas en el cubrimiento en salud pues hay hospitales de 1er, 2do y 3er nivel que no cuentan con los medicamentos necesarios para la atención de estas personas. Se presenta un exceso de trámites para la toma de exámenes, básicamente por costos. Existen niños que no tienen el beneficio de estar amparados por el

sistema y se les niega el derecho a exámenes y medicamentos.

En cuanto a la parte laboral cuando se logra ubicar a una persona con discapacidad se tiene en cuenta el código laboral como si se tratara de cualquier trabajador. No existen normativamente aspectos específicos a nivel de personas con limitaciones. No existe la integración laboral. Así las cosas, el Congreso debe tener en cuenta la legislación diversa (penal, laboral, civil), si intenta legislar sobre el tema. Teniendo en cuenta el grado de discapacidad hay personas que deberían seguir teniendo un apoyo terapéutico.

7. Cedesnid. Dra. Gloria Marina del Río Mantilla, Directora. Dr. Camilo Arenas, Subdirector Administrativo.

Es preocupante no ver una claridad en cuanto a la importancia de incluir los diferentes niveles de discapacidad en la legislación vigente. Es bueno pensar específicamente en discapacidad cognitiva.

En cuanto a la integración educativa se indica que ésta puede generar dificultades en la familia y en el propio niño al ver los pocos progresos en comparación con sus compañeros. Esto es ponerlo en estado de indefensión siendo objeto de burla, aún cuando no se lo digan.

En lo referente a la parte laboral debe tenerse en cuenta los niveles de discapacidad. Hay niños con discapacidad física que presentan resultados laborales diferentes a niños con discapacidad mental. Es necesario analizar la prioridad en el servicio de salud para esta población. Un niño con éste problema debería ser el primero en atenderse, sin embargo, resulta siempre ser el último.

La sociedad no puede discriminar a las familias que tienen niños con discapacidades profundas y severas porque se estarían creando inequidades. ¿Por qué no pensar que el Estado apoye a estas familias dándole la posibilidad de una vida digna e igualitaria? El Estado debe tener un papel protagónico en la protección de los derechos de las personas y su permanente vulnerabilidad.

Para proteger los derechos de las personas con discapacidad hay que empezar por el reconocimiento de la diferencia. Partiendo de este punto se empieza a tratar con igualdad. Las personas son iguales cuando son atendidas por el Estado sin importar su condición. Como en la realidad esto no ocurre, es necesario pensar en alternativas como la expedición de una cédula de ciudadanía especial por una sola vez y no a los 18 años, que se diferenciaría de las otras permitiendo a las autoridades velar por la defensa de sus derechos ante cualquier tipo de vulneración.

En lo referente a la parte patrimonial, las personas con discapacidad mental están sometidas a muchas irregularidades. Por ejemplo, aunque sean mayores de edad puede que no sean lo suficientemente adultos, de hecho muchos de ellos nunca llegan a serlo, para votar o disponer de herencias sin control, casos en los que normalmente se presentan abusos. Es el Estado quien debe tomar las decisiones para que esa vulnerabilidad se disminuya al mínimo y la protección aumente al máximo.

Para que se desarrolle un proceso de cedulação especial hay que pensar en reformar el procedimiento para la declaratoria de interdicción por tenencia (como

aparece aún en el código civil) y pasarlo a interdicción por discapacidad. Es un proceso que se alarga porque los peritos de medicina legal en el manejo de discapacidad cognitiva no son los competentes pues esperan encontrarse con una patología psiquiátrica leve. “Quienes deberían peritar son los psicólogos, siendo ésta la prueba para la declaratoria de la discapacidad por interdicción”.

En cuanto al tema de salud, la discapacidad cognitiva para la ley 100 es un evento catastrófico. El Fosiga debería tener una partida específica para la atención en salud de todos los discapacitados.

8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Dra. Lilias Flórez, Subdirección de Intervenciones Directas.

¿Las personas con discapacidad cognitiva tienen derechos especiales o no? ¿El ejercicio de los derechos es diferente para cada uno? ¿Deberían ejercerse de acuerdo a las características y particularidades?

La legislación debe tener en cuenta la prevención. Es posible hablar de un marco legal no solo de la etapa de infancia sino durante toda su vida.

El código del menor, al considerar una irregularidad el problema de la discapacidad, le dio la responsabilidad a Bienestar Familiar para su manejo. Por ello, es importante estudiar las reformas a la ley 361 y toda su reglamentación. También es importante pensar en protección integral para desarrollar especificidad en ciclos de vida como competencias de protección a personas mayores de 18 años. De esta forma, no sólo se debe recoger el esquema de la política social pensando que solo se debe legislar en protección y atención, sino desde la prevención (desarrollo) y posterior ciclo de vida adulta.

Para poder hablar de integración educativa es necesario superar la discriminación hacia éstos niños creando procesos de apoyo a entidades educativas especiales. Es cierto que en este momento hay niños y niñas que nunca podrían ser integrados a un sistema educativo, por tal motivo, es vital que el sector educativo defina una competencia para proteger y garantizar este derecho.

9. Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE. Dra. Diana Cristina Zapata Mendoza, Psicóloga. Dra. Yuli Mileidy Cortés Silva, Educadora Especial.

En Colombia se presenta falta de atención a madres embarazadas (nivel postnatal). También faltan procesos de educación a la sociedad en general (prevención). Por ejemplo, para nadie es desconocido que la mala alimentación durante el periodo de gestación ocasiona problemas mentales en los recién nacidos.

En cuanto a la integración normativa, se han presentado casos de niños maltratados en las escuelas. El problema es que el entorno del niño tampoco está sensibilizado para entenderlo, para tolerarlo. “*Las maestras no saben cómo guiarlos, pero sí como maltratarlos*”. En otros casos los psiquiatras formulan medicamentos sin control adecuado -no siendo siempre la adecuada. Muchas veces sucede que los medicamentos entorpecen y no ayudan a mejorar, aparentemente sí; pero es falso. Adicional a ello, son los padres los que tienen que acarrear con altos costos de medicamentos y tratamientos de especialistas porque cuando se acercan a un centro hospitalario los medicamentos no son

proporcionados. .

Las leyes que regulan los marcos generales ya están planteadas pero ninguna se hace cumplir. Sería importante que de alguna manera se hicieran efectivos.

10. Asociación Colombiana de Padres con Hijos Especiales (ACPHES). Dra. Jenny Gómez Castelblanco, Directora. Dra. Laura Manrique Mojica, Psicóloga – Asistente de la Subdirección. Dr. Salomón Gómez.

Es de gran extrañeza que las instituciones no conozcan la política pública en discapacidad que se elaboró con la participación de los ministerios y las instituciones que tienen que ver con el tema (Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Educación, ICBF). Muchas cosas de la aquí dichas están recogidas en ese documento. Sin embargo, habría que llamar la atención al Ministerio de la Protección Social, pues debe ser éste quien debe citar al comité que debe reunirse cada 3 meses. El señor ministro ha dicho que apenas salga de otros compromisos atenderá el de la discapacidad.

La promoción consiste en sensibilizar a la sociedad de que la discapacidad no es una enfermedad. Se puede dividir el tema de la prevención y la rehabilitación. Integrar a los niños en la parte educativa no es llevarlos a un colegio para que estén a cargo de una maestra en un patio diferente. En términos generales, la discapacidad cognitiva es atropellada en Colombia. En cuanto a la iniciativa de cedulación se piensa que ésta conlleva a una mayor discriminación.

Ésta organización invita a conocer el documento mencionado porque han sido 4 años de trabajo entre la población civil y los Ministerios que da una base para trabajar el tema de la discapacidad y dar soluciones prontas y adecuadas. Las normas las tenemos, pero no las hacemos cumplir.

Lo que se ha hablado de habilitación, rehabilitación, integración y recreación no debe quedarse en unas hojas, por esto es prioritario mirar de dónde sacamos los presupuestos para que lleguen éstos recursos a todos los rincones del país. Finalmente, se menciona que la discapacidad cognitiva, a diferencia de las otras discapacidades, no tiene doliente institucional.

11. Fundación Cirec. Dra. Claudia Buitrago, Coordinadora Programa Integrarte.

Esta fundación trabaja con discapacidad física y algunos casos de discapacidad cognitiva. Hace poco conocieron la política pública en discapacidad. Se trabaja con estos dos grupos como personas integrales, teniendo en cuenta su aspecto físico, emocional, recreativo y familiar. Menciona que si se contempla el ser humano como ser integral se debe pensar en sus capacidades a nivel individual, a nivel familiar y a nivel de grupo. Es decir, hay que pensar en las capacidades de los discapacitados para pensar en sus posibilidades.

12. Fundación del Niño Diferente. Dra. Karen de Klinge, Jefe de Relaciones Públicas.

Adicional a todo lo que se ha mencionado, parece importante incluir también lo concerniente a la protección de su patrimonio. Esta población está en estado de indefensión. Uno de los grandes vacíos en la normatividad actual es que no existe una obligatoriedad de parte del Estado de cuidar el patrimonio de la población con

discapacidad cognitiva. Hay que aprovechar el interés del legislativo para propender su protección. Otro vacío legal importante es la parte laboral. En todos los aspectos la familia es muy importante porque es la primera afectada y requiere algún tipo de compensación.

13. Confederación Nacional de Rectores y Colegios Privados. ANDERCOP. Dra. Yulieth Rojas, Terapeuta Ocupacional.

No a todos los niños se les da la oportunidad de acceder a un cupo en una institución educativa. Es necesario capacitar a los jóvenes y a los maestros.

14. Fundación Feadín. Dra. Derly Molano, Asesora. Dra. Andrea Bejarano, Terapeuta Ocupacional.

Esta es una fundación especializada en niños con discapacidad cognitiva, cuyo objeto es su integración a la vida social, educativa y laboral. Hay deficiencias y carencias para estos niños a nivel social, laboral, educativo.

La propuesta está dirigida a que los niños tengan las garantías para que sean incluidos en el sistema educativo. Hay inconvenientes en la preparación de las maestras para atender ésta población. En las instituciones de educación superior deben ser incluidos módulos especiales en pregrado para que la sociedad tenga conocimiento sobre las dificultades que enfrentan durante toda su vida éstas personas. Es demasiado costoso la intervención adecuada de especialistas.

Hay que crear mecanismos reguladores del servicio de educación especial. Hay muchas instituciones que prometen prestar servicios especiales pero en la práctica no lo hacen. Algunos hasta se reservan el derecho de admisión.

15. Unidad de Atención Integral de Soacha. Dra. Ángela Velandia

Esta es una unidad que estudia la problemática de niños a nivel cognoscitivo y físico. La Unidad tiene como lema “un espacio para todos”. Son muchos los discapacitados, pero pocos los beneficiados.

En cuanto a la integración educativa se señala que los maestros no conocen cómo manejar y apropiar los conceptos para enseñar a esta población. Es preciso adecuar un currículo específico. Otro problema asociado es el espacio, por lo general, el aula regular no es adecuada. En general los maestros tienen muy buena voluntad pero desconocen el manejo de los niños dentro del aula.

La resolución 2565 de 2003 del Ministerio de Educación que reglamenta los requisitos para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales no se está cumpliendo. Por ejemplo, en una institución donde tengan 10 estudiantes con discapacidad se debe tener un maestro de apoyo. Se debe exigir que se reglamenten estas disposiciones. Los estudiantes deben tener material especial para trabajar en clase, material didáctico y computadores, elementos necesarios y útiles para el aprendizaje.

16. Fundación Fé, Esperanza y Vida. Dra. Luz Adriana Ardila Rincón, Directora. Dr. Mayer Alarcón, Director de Proyectos.

Se debe reglamentar el tema de los profesionales de apoyo mencionados en el decreto 2565 de 2003. De igual forma hay aspectos contenidos en esta resolución

que no se cumplen. Se señala que los niños y niñas con problemas cognoscitivos pueden llegar a ser adultos pero conservan su mentalidad de pequeños. Las familias deben tomar conciencia que toda la vida los niños serán niños.

A las familias les inquieta la parte sexual, ellas sienten necesidades y no se les puede negar el derecho. La familia es quien debe decidir, bajo una buena orientación, la decisión del tratamiento quirúrgico.

Finalizado el tema de las intervenciones de personas inscritas, hace uso de la palabra el Dr. Salomón Gómez - ACPHES:

Luego de un agradecimiento por la oportunidad de intervenir en el foro, deja su reflexión: Se debe considerar este tema como un problema complejo. Deberían considerarse aspectos científicos y legales de suma importancia que modificarían algunas normas en orden laboral, de la salud, etc.

De aquí han salido algunos puntos importantes para tratar: La parte fiscal, la salud, la laboral, la prevención y el diagnóstico. ¿Cuál es la responsabilidad del Estado en este tema, cuál es la responsabilidad de la familia? Se debe empezar por Integración familiar, quien es el primero en rechazarlo. En la integración social y educativa nos hemos quedado cortos. Sería interesante que sobre ella se legislara. Antes de legislar hay que garantizar que la ley no sea inútil. Las normas están dadas pero no se cumplen porque en muchos casos no hay recursos.

DEBATE:

Dr. Álvaro López - Centro de Rehabilitación MYA:

Algunos padres de familia han pedido sacar del colegio a los niños con discapacidad por considerar que los planteles no tienen un ambiente adecuado. La Sentencia T -513 de 1999 de la Corte Constitucional establece provisiones para respetar el derecho a la participación educativa. Propone incluir en los cursos de derecho constitucional la consideración de los derechos del discapacitado como derecho fundamental. No parece conveniente el tema de la cédula especial pues violaría el pacto internacional dentro de la óptica de los DD.HH. El discapacitado, en la medida que le dé su discapacidad, se debe integrar.

Dr. Alejandro Escallón – Fundación Fides:

La Integración académica tal cual como está planteada y como se está aplicando en Colombia es un absurdo porque a las personas que estudian educación especial durante muchísimos años las trasladan a la educación regular. Además a los maestros de educación regular los ponen a laborar en la especial sin el conocimiento necesario. El Colegio Nueva Granada cumple perfectamente con la integración educativa que se necesitaría, sin embargo, no hay presupuesto para intentar replicar el modelo es los demás planteles educativos del país. La educación “normal” no puede juntarse con la especial.

En salud no existe la palabra responsabilidad hacia nuestra población con discapacidad cognoscitiva. Por más tutelas que se hayan interpuesto la atención que se le da no es la mejor. Mientras haya un negocio de por medio y la responsabilidad recaiga sobre empresas privadas no hay la mas mínima posibilidad de darles la atención y el medicamento adecuado.

Dr. Camilo Arenas de Cedesnid:

Aunque en algunos casos la legislación ya existe ésta toca de manera aislada el

problema de la discapacidad cognoscitiva. Tenemos políticas públicas que parten de errores y esa es la razón por la cual se debe legislar informadamente. No se puede decir que la norma existe y que hay que ponerla a caminar. Una cédula diferente no significa algo discriminatorio, implica que se está frente a una persona que debe protegerse por encima de las demás. Por ejemplo, que pueda entrar a un espectáculo en forma gratuita o que en salud tenga derecho a atención prioritaria. ¿Por qué esa preferencia? Porque se está en una condición de inferioridad con relación al resto de la ciudadana.

Personería de Bogotá:

Manifiesta pertenecer a ese grupo de personas limitadas pues tiene una hija de 13 años con limitación cognitiva. Las personas que tienen algún problema de esa naturaleza no han tenido la debida atención. Los recursos deben estar vigilados por las ONG o por autoridades de otros países. Es importante tocar el tema de la sexualidad y de la posibilidad que nos brinda el censo que se está preparando.

Dra. Gloria Marina del Río de Cedetid:

Es necesario tener en cuenta lo que se ha dicho en cuanto a la integración educativa para que se lleguen a acuerdos que beneficien a ésta población. Se deben establecer acuerdos basados en la experiencia y en la realidad y además conocer experiencias de otros países para ver qué podemos aprender de ellos.

Dra. Karen De Klingue de la Fundación del Niño Diferente:

Sin lugar a dudas el tema de la educación es lo más apremiante e importante. Se debe capacitar a la persona para tratar a la persona con deficiencia mental. Las personas con discapacidad necesitan de interlocutores, ya sea para cruzar la calle, para pagar servicios públicos, etc. El tema de la prevención y el control natal son fundamentales.

Dra. Jenny Gómez de Acphe:

Reitera la invitación a dialogar con el Ministerio de Educación, y en Rehabilitación con el Ministerio de Transporte.

El Estado es el mayor maltratante de esta población. Es el mismo Estado quien no protege al adulto mayor desconociendo el derecho adquirido y fundamental que establece la Constitución. El Estado gasta millonarias sumas en su niñez y al llegar a los 18 años los desampara totalmente.

Dra. Laura Manrique de ACPHES:

Para todas las disciplinas es importante incluir en alguna parte del currículo la capacitación para saber cómo debe tratar éstas personas. De acuerdo a las necesidades y capacidades de las personas con discapacidad cognitiva se debe legislar.

Sostiene que un documento no sensibiliza a nadie para decir tráteme con cuidado lo que sensibiliza es la educación. Hay un estudio de la Universidad Nacional que habla sobre las razones por las cuales no se aplica la integración. En él se menciona que la razón puede estar enmarcada dentro de lo que se denomina “crisis”, pero en realidad pesa más la carencia de voluntad. El primer violador de los derechos de los discapacitados es el propio Estado, ¿Dónde está el Defensor del Pueblo?

En cuanto a la vivienda se ha tratado de desarrollar un plan para familiares de

| | |
|---|---|
| | <p>personas con discapacidad pero no se ha concretado. Por otro lado, para que un niño pueda recibir tratamiento es enviado por toda la ciudad desconociendo lo complicado del transporte y las distancias que tiene que recorrer. Esta es una necesidad apremiante.</p> <p>Dra. Gloria Marina del Río Mantilla – Cedesnid: Hay puntos en consenso, también hay muchas apreciaciones controvertidas pero pide que se parta de la experiencia de instituciones que llevan muchos años trabajando el tema. (Documento 85)</p> |
| <p>Marzo 19 y 20 de 2004, Centro de Rehabilitación y Capacitación ALUNA, Cartagena de Indias. Seminario – Taller “Introducción al Programa Neuronet”.</p> | <p>1. Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Educación Especial-FIDES. Dra. Amarelis Barrios, Coordinadora Regional</p> <p>Hay muy pocas cosas que se cumplen de la normatividad existente. Hay más iniciativa privada que estatal. Se propone revisar el decreto 2082 de 1996. Menciona que puede existir un déficit de atención en educación en Cartagena y en toda la costa caribe colombiana de alrededor del 70%. Aproximadamente el 10% de la población del Distrito tiene diferentes discapacidades.</p> <p>2. Fundación Instituto de Rehabilitación El Rosario – Cartagena - Dra. Luz Marina Bermúdez, Fonoaudióloga. Dr. Jose Luis Nieto, Licenciado en Educación especial. Dra. Maria Helena Conchita, Fonoaudióloga.</p> <p>Se señala que los niños deben practicarse exámenes especiales que no son cubiertos por la EPS. Es importante garantizar la salud después de los 18 años de edad. Se indica que la ley 181 de 1995 habla de abrir espacios en deporte y recreación para los discapacitados pero no se cumple.</p> <p>3. Centro de Educación Especial Querubines – Montería - Dra. Mercedes Vélez, Fonoaudióloga. Dra. Karen Piña Solano, Licenciada en Cultura Física. Dra. Luz María Toro, Educadora Especial.</p> <p>Es importante que la ley que se intente elaborar no separe el tema de la educación con el de la salud.</p> <p>4. Niños Especiales – Magangué – Dra. Margarita Echeverry, Auxiliar Docente. Dra. Amelia DiazGranados, Psicóloga. Dra. Edith Navarro, Psicopedagoga – Educadora. Dra. Enna Luz Quesada, Educadora. Dra. Clarena Jiménez, Fonoaudióloga.</p> <p>La realidad muestra que la integración educativa se da en forma diferente en el sector privado y en el público. En cuanto a la parte laboral se infiere que puede crearse un incentivo que sea lo suficientemente atractivo para que las empresas puedan contratar a personas con discapacidades. El eventual proyecto debe tocar temas tan importantes para esta población como la recreación y el deporte.</p> <p>5. Centro de Educación Especial CEER – Barranquilla - Dra. Yusmin Villa Santana, Educadora Especial. Dra. Doris Salas, Educadora Especial.</p> <p>Es preciso revisar las funciones del SENA. Este instituto puede ayudar mucho a los discapacitados si piensa en hacer convenios con organizaciones para crear plazas de trabajo. Por otro lado debería pensarse en un restaurante escolar.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>6. Centro de Habilitación y Capacitación Aluna – Cartagena – Dr. Pascal Affolter, Educador Especial y Director. Dra. Yeandra Castellón, Licenciada en Educación Especial. Claudia Milena Mendoza, Fisioterapeuta. Dra. Mercedes Rivera, Licenciada en educación Especial. Dra. Cecilia Montero, Fisioterapeuta. Divanne Hernández, Licenciada en Educación Especial. Lividey Rincón, Estudiante.</p> <p>Hay que volver público el interés por la discapacidad. Puede pensarse en un presupuesto vigilado para las instituciones que tratan estos temas. También podría pensarse en mayor apoyo a la investigación pedagógica y terapéutica. Debe revisarse el decreto 2082 de 1996 para que exista el derecho a la habilitación integral. En este momento existe una cobertura en educación especial muy baja. En Colombia no existe una entidad protectora de personas con discapacidad mental. Se debe apoyar mucho más a las madres cabeza de familia de niños con discapacidad. Habría que reevaluar muy bien el tema de la cédula especial, pero podría pensarse en un carné. Se pregunta si se amerita crear una ley para discapacitados cognitivos o si por el contrario se deba manejar todas las discapacidades juntas. Sostiene que de acuerdo a la realidad colombiana se deben separar.</p> <p>En Colombia se adolece de programas de prevención y promoción. Si se va a legislar sobre este tipo de discapacidad habría que fortalecer éste punto. También es necesario revisar lo estipulado en la resolución 2565 de 2003 del Ministerio de Educación. Junto con esto es importante que se defina muy bien lo que es discapacidad cognitiva y cuadro psiquiátrico.</p> <p>Definitivamente el tema de la edad es fundamental para poder darles protección a éstas personas durante toda su vida. (Documento 86)</p> |
|--|---|

B. Instituciones Privadas

| NOMBRE | CONTENIDO DE INTERES |
|---|--|
| Asociación Colombiana para el Desarrollo de Personas con Discapacidades -Club Ascopar,- Bogotá. | <p>Queremos consignar nuestra convicción en que esta tarea que emprenden de legislar sobre discapacidad cognitiva está regida por un marco legal ya existente que apuntan a manejar el tema de la discapacidad como una integralidad. En este orden de ideas se debe tener como insumos las leyes más significativas como son: (entre otras)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ley 361 de 1997 Ley marco de la discapacidad. -Ley 762 de 2002 por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el 7 de junio de 1999. -Plan Nacional de Desarrollo. -Resolución 2565 de octubre 24 de 2003 Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales. |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>-Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales.</p> <p>-Decreto 641 de 2001 por el cual se reglamenta la Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales.</p> <p>-Igualmente tener en cuenta la próxima reforma a la ley 361 de 1997, así como las bases para la política pública de discapacidad en Colombia.</p> <p>Todo lo hecho es resultado del trabajo mancomunado de entidades de la sociedad civil y gobierno y por lo tanto no se debe desvirtuar. Seguramente hay cosas específicas que cada discapacidad tiene y sobre eso hay que legislar.</p> <p>Orlando Pión M. Director Ejecutivo (Documento 87)</p> |
| ACJ-YMCA, Puerto Boyacá. | <p>Las preocupaciones son muchísimas. Por ejemplo, en el municipio de Pto. Boyacá, no existe una estadística confiable y real de la población con discapacidad, y como es municipio no certificado, depende de los recursos que por educación y salud le envíe el departamento, por lo tanto no hay docentes de apoyo. Se dice que hay algunas personas con necesidades educativas especiales integradas, pero no es tal, mas bien están matriculadas.</p> <p>Nosotros ACJ-YMCA que es de atención exclusiva, no ha podido firmar ningún tipo de convenio con la alcaldía por que desconocemos de qué manera se puede hacer. Ahora estamos pendientes a nivel municipal de una posible capacitación que se solicitará al MEN para que ellos nos guíen sobre los pasos para lograr la integración: estadística - aulas de apoyo - docentes de apoyo - centros de atención exclusiva, entre otros. Las necesidades más sentidas que se observan es la capacitación a docentes, estudiantes, padres de familia sobre los nuevos cambios y el giro que ha dado la educación de las personas con NEE por condición de discapacidad y de excepcionalidad.</p> <p>Juliana Uribe Salazar Fonoaudióloga y Gerente de Instituciones Educativas. (Documento 88)</p> |
| Cedesnid, Bogotá. | <p>Presentamos una propuesta de proyecto de ley sobre discapacidad cognitiva en el cual se viene trabajando. La propuesta recoge los puntos principales que a nuestra consideración debería contener la propuesta y su finalidad concreta es comenzar atender un ámbito concreto de discusión y construcción del proyecto definitivo.</p> <p>No escapa a ninguno de nosotros la importancia de expedir una ley sobre discapacidad cognitiva. La presente propuesta se restringe a aspectos puntuales: la discapacidad en si, la persona con discapacidad, la familia de la persona con discapacidad y las instituciones de atención a las personas con discapacidad cognitiva. Los dos aspectos de mayor trascendencia en el proyecto son las prerrogativas que se le ofrecen a la familia, las cuales tiene por objeto promover la cohesión familiar a través de estímulos a padres y hermanos y mitigar el impacto económico que genera la atención de la persona con discapacidad cognitiva, de una parte, y de la otra el establecimiento de una cédula de ciudadanía diferente en su presentación al documento ordinario. Se espera que con la expedición de la</p> |

cédula se implante una identificación sencilla y eficaz de la persona con discapacidad con miras a proteger sus derechos fundamentales (salud, recreación, cultura).

Otro aspecto fundamental es la importancia de la reglamentación del funcionamiento de las instituciones que atienden personas con discapacidad para cualificar las ya existentes y evitar la aparición de otras que no cumplan con los requisitos mínimos de calidad. Mediante un anexo técnico se hace la descripción de la discapacidad cognitiva y de los diferentes niveles.

PROYECTO DE LEY POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL ARTÍCULO 47 DE LA CONSTITUCIÓN NACIONAL.

CAPÍTULO PRIMERO

DEFINICIONES Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Por la presente ley se define la discapacidad cognitiva y se establecen las normas para atender a la protección y habilitación de la persona discapacitada cognitiva.

Artículo 2. Se entiende por discapacidad cognitiva la disminución permanente que tiene una persona en su capacidad intelectual, respecto del promedio de la población y que la pone en significativa desventaja académica, laboral y cultural.

Artículo 3. Se entiende por patología asociada a la discapacidad cognitiva todo evento fisiológico u orgánico permanente que acreciente la limitación del discapacitado o que agrave o tienda a agravar su discapacidad. En consecuencia, dichos eventos se consideran, para todos los efectos legales, secundarios a la discapacidad cognitiva.

Artículo 4. La discapacidad cognitiva y su nivel de gravedad o compromiso cerebral se establecerán sobre escalas de desarrollo contenidas en el anexo técnico a la presente ley y en ningún caso sobre pruebas psicométricas ni ninguna otra que tienda establecer correlaciones entre edad cronológica y edad mental.

Artículo 5. La disminución permanente en la capacidad intelectual implica una situación de vulnerabilidad de los derechos de la persona que la sufre y por tanto corresponde a la familia, al Estado y a la sociedad adelantar las acciones para la promoción y protección de los mismos de manera preferente.

CAPÍTULO SEGUNDO

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

Artículo 6. En materia de derechos para la persona con discapacidad cognitiva será aplicable lo previsto en el artículo 44 de la Constitución Nacional.

Artículo 7. Salvo que se trate de la protección efectiva del derecho a la vida de otra persona, la persona con discapacidad cognitiva será atendida de manera preferente en los servicios de urgencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud, independiente del diagnóstico de ingreso y del pronóstico de evolución.

Artículo 8. Las personas con discapacidad cognitiva tendrán derecho al acceso

gratuito a todos los espectáculos deportivos, culturales y artísticos que se realicen en escenarios de propiedad del Estado o que funcionen con subsidios o subvenciones estatales con la presentación de su documento de identidad. Los organizadores proveerán lo necesario para que la persona con discapacidad cognitiva y un acompañante ingresen sin someterse a las filas de acceso.

Artículo 9. En todos los establecimientos públicos de educación básica se establecerá un aula especial para atender a personas con discapacidad cognitiva leve y problemas de aprendizaje que les permitan, a su ritmo de aprendizaje, alcanzar el mayor grado de escolaridad posible. Las aulas especiales solo podrán ser dirigidas por licenciados en educación especial o psicopedagogos.

En ningún caso las personas con discapacidad cognitiva se integrarán a las aulas regulares ni las aulas especiales podrán ser utilizadas como medio disuasivo ó epresivo para los estudiantes de aula regular.

Artículo 10. La vinculación al mercado laboral de la persona con discapacidad cognitiva solo podrá hacerse mediante contrato de trabajo y gozará de los mismos de derechos de todos los trabajadores. Sin embargo, se pensionará con el solo cumplimiento del requisito de semanas cotizadas al sistema general de pensiones y esta no podrá ser inferior al salario mínimo o al noventa por ciento (90%) del último salario devengado.

Si su vinculación es al sistema de ahorro individual y no tuviere el monto requerido para asegurar la pensión aquí establecida, el Estado subsidiará el faltante a través de un bono pensional con cargo al fondo de solidaridad pensional.

Artículo 11. El padre o la madre de la persona con discapacidad cognitiva tendrá derecho a pensionarse con el solo cumplimiento del requisito de semanas cotizadas al sistema general de pensiones. Cuando ambos cónyuges sean cotizantes, estos escogerán cuál gozará del beneficio y cuando se encuentren separados de hecho o divorciados el beneficio será para el cónyuge que conviva con la persona con discapacidad.

Parágrafo: La pensión a que se refiere este artículo se otorgará en las mismas condiciones establecidas en el artículo precedente.

Artículo 12. Los hermanos y hermanas de la persona con discapacidad tendrán acceso preferente a los establecimientos de la red pública de educación y los costos educativos se le les liquidarán a la tarifa más baja.

Artículo 13. Será agravante del delito de inasistencia alimentaria la que ocurra en contra de una persona con discapacidad.

Artículo 14. La discapacidad cognitiva será considerada, para los efectos del sistema de seguridad social en salud, como enfermedad ruinosa. Las empresas promotoras de salud y las administradoras del régimen subsidiado proveerán sin límite los medicamentos de soporte y los exámenes de niveles séricos que requiere la persona con discapacidad. Para este efecto, el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud expedirá la reglamentación correspondiente.

Artículo 15. Corresponde al Estado a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a través de las dependencias de bienestar social departamentales o

municipales brindar la protección que requieren las personas con discapacidad, brindando mayor oportunidad de acceso a sus servicios a aquellos cuyas familias cuenten con menores oportunidades por razón de su situación socioeconómica.

CAPITULO TERCERO IDENTIFICACIÓN ESPECIAL

Artículo 16. Con base en la sentencia del proceso de interdicción, la Registraduría Nacional del Estado Civil expedirá una cédula de ciudadanía especial para la persona con discapacidad, cuyos caracteres permitan diferenciarla a simple vista de los demás documentos de identidad.

Artículo 17. La interdicción por discapacidad cognitiva no es rehabilitable.

Artículo 18. Ninguna autoridad pública podrá autorizar actos o contratos realizados directamente por la persona que se identifique con la cédula de ciudadanía especial.

Será falta gravísima para los empleados públicos la inobservancia de este precepto.

Las cédulas de ciudadanía especiales que se expidan a partir de la presente ley no formarán parte del censo electoral y sus titulares no podrán participar en elecciones públicas o en los mecanismos de participación ciudadana que se realicen a través del voto popular.

Artículo 19. La cédula de ciudadanía especial es el único documento válido para el ejercicio de los derechos y prerrogativas establecidos en el capítulo segundo de esta ley.

Artículo 20. Modifícase y adiciónase el artículo 649.7 del Código de Procedimiento Civil, el cual quedará así:

“Artículo 649. Asuntos que comprende:

...

7. la interdicción del demente, del sordomudo y su rehabilitación y la de la persona con discapacidad cognitiva, la cual no es rehabilitable.

Artículo 21. La discapacidad cognitiva de una persona se probará con la constancia del médico o del psicólogo tratante que haya atendido en consulta al presunto interdicto por un periodo no inferior a seis meses y con la declaración de sus padres. Si la discapacidad fuere evidente al momento del nacimiento, la constancia podrá ser expedida por el médico que haya estado presente en el parto y atendido al neonato. Tales documentos tendrán el carácter de prueba pericial.

CAPÍTULO CUARTO INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

Artículo 22. Las instituciones que prestan servicios especializados a personas con discapacidad cognitiva deberán determinar su carácter educativo o terapéutico e inscribirse ante la autoridad respectiva para obtener el correspondiente permiso o autorización de funcionamiento.

Artículo 23. Las instituciones de educación para personas con discapacidad cognitiva solo podrán atender personas con problemas de aprendizaje o con niveles de discapacidad leve y deberán adecuar su funcionamiento a lo dispuesto en la ley 115 de 1994 y normas concordantes. En especial deberán:

Elaborar, modificar y mantener actualizado un proyecto educativo institucional. Instituir el gobierno escolar y elaborar y poner en práctica un manual de convivencia. Proveer, de acuerdo con las habilidades de cada alumno, el acceso a formación vocacional que le permita realizar una actividad productiva.

Capacitar a padres y cuidadores sobre la forma de supervisar la actividad productiva de la persona con discapacidad cognitiva y proteger los derechos laborales que le correspondan.

Artículo 24. Las instituciones terapéuticas para personas con discapacidad cognitiva podrán atender personas con discapacidad leve con patologías asociadas y personas con los demás niveles de discapacidad.

Artículo 25. Inclúyase dentro del plan de beneficios del plan obligatorio de salud, la atención integral permanente a personas con discapacidad cognitiva. Para el efecto, las empresas promotoras de salud y las administradoras de régimen subsidiado deberán contribuir con por lo menos el treinta y cinco por ciento (35%) del costo de dicha atención.

Artículo 26. Las instituciones terapéuticas deberán ofrecer servicios multidisciplinarios de atención integral, en las áreas de psicología, neurología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, nutrición y educación especial.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará la inscripción y funcionamiento de las instituciones terapéuticas, dentro de los seis meses siguientes a la promulgación de la presente ley.

Artículo 27. En todos los casos deberá establecerse para cada usuario un plan de acción anualizado que deberá revisarse por lo menos una vez al año.

ARTÍCULO 28. A partir de la promulgación de la presente ley, las entidades del Estado que deban brindar protección a personas con discapacidad cognitiva solo podrán contratar con instituciones de educación especial o terapéuticas debidamente habilitadas para prestar estos servicios

CAPÍTULO QUINTO PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA

Artículo 29. Toda mujer o toda pareja que haya tenido un hijo con discapacidad cognitiva por causas no identificables tendrá derecho a realizarse las pruebas genéticas pertinentes para descartar factores genéticos o de predisposición.

Artículo 30. El Estado adelantará por conducto del Ministerio de la Protección Social y de las entidades regionales y municipales de salud campañas de sensibilización para el adecuado desarrollo de la gestación, en especial de la necesidad del control médico prenatal, de la adecuada alimentación y del control de factores de riesgo.

| | |
|--|---|
| | <p>Artículo 31. Las personas con discapacidad cognitiva tendrán acceso gratuito, a solicitud de su curador, a los métodos de control reproductivo permanentes.</p> <p>Artículo 32. En los planes municipales de saneamiento básico se pondrá especial énfasis en la capacitación de las familias para el control de posibles vectores que puedan dar origen a la discapacidad cognitiva.</p> <p>Artículo 33. La presente ley rige a partir de su publicación. Gloria del Río Mantilla Directora General (Documento 89)</p> |
| <p>Centro de Habilitación y Capacitación Aluna, Cartagena de Indias.</p> | <p>Presentamos algunos puntos de reflexión respecto a la atención de la población con discapacidad en Colombia, específicamente en Cartagena de Indias. Tomamos como referencia los niños, niñas y jóvenes con discapacidad cognitiva, no susceptible a la integración al aula regular, que requieren de un tratamiento integral, basado en un trabajo pedagógico.</p> <p>¿Cuál es la entidad responsable de la educación de niños, niñas y jóvenes con discapacidad cognitiva?</p> <ul style="list-style-type: none"> -El ICBF no contrata rehabilitación/habilitación, sino protección. -La Secretaría de Educación contrata cupos educativos, sin terapias, ya que esta hay que gestionarlas con las entidades de salud. -Salud: las familias de escasos recursos consiguen máximo unas cuantas terapias, durante un periodo limitado. <p>En Cartagena, la secretaría de Educación ofrece \$ 40.000 niño/mes exigiendo 4 horas de atención educativa diaria. Muy poco dinero para la atención de niños con necesidades educativas especiales que requieren de un tratamiento profesional. Las entidades privadas que ofrecen un servicio educativo que no cubre el Estado, no reciben de éste ningún tipo de apoyo.</p> <p>ICBF:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sugerimos elaborar un sistema de evaluación institucional que refleje la calidad del servicio por el cual se pagan tarifas diferenciales. De esta manera se podría aumentar cobertura con igual número de recursos. -Con base en la experiencia del programa “satélite Aluna”, sugerimos atender a los niños con discapacidad en su propio entorno. (bajos costos, participación activa del niño, la familia y el entorno social). -Elaborar “módulos de capacitación”, para las madres comunitarias sobre la atención básica del niño con discapacidad. -Es importante que los programas se realicen a partir de la necesidad del niño: Un niño de cuatro meses con trastorno neuromotor generalmente no requiere atención diaria de 4 horas, sino entrenamiento de la familia, durante dos veces dos horas a la semana con los diferentes especialistas. El contrato actual no permite este tipo de flexibilidad a favor del niño. <p>Propuesta:</p> <p>Definir y repartir las responsabilidades de las diferentes entidades oficiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ICBF: Hacer énfasis en programas de estimulación temprana adecuada en niños de 0 a 5 años. Se organizarán entrenamientos a padres de familia. - Educación y Salud: Elaborar conjuntamente acciones para cubrir educación y |

| | |
|--|--|
| | <p>terapias necesarias de la población con discapacidad, no susceptible a la integración escolar.</p> <p>-Ministerio de la Protección Social: Subvencionar talleres protegidos vocacionales para adultos con discapacidad (a partir de los 18 años).</p> <p>Pascal Affolter Director Grupo Colombo Suizo – Fundación Aluna (Documento 90)</p> |
| <p>Centro Integral de Rehabilitación de Colombia – CIREC-, Bogotá.</p> | <p>Queremos dar a conocer nuestras opiniones y sugerencias sobre el tema de discapacidad cognitiva teniendo en cuenta la posibilidad de tramitar un proyecto de ley acerca de la temática señalada:</p> <p>-Desde nuestro punto de vista este proyecto de ley debe incluir un componente preventivo, de modo que la población en general pueda por ejemplo acceder a información sobre los cuidados que una mujer embarazada debe tener para evitar o prevenir situaciones que puedan de una u otra manera ocasionar una discapacidad cognitiva en su hijo o hija.</p> <p>-Creemos que las familias que tienen un miembro con discapacidad cognitiva deben tener la posibilidad de recibir información veraz, clara y oportuna sobre este problema, sobre las posibilidades de intervención profesional que existen encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de la personas con discapacidad cognitiva, sobre los distintos programas que existen y están dirigidos a esta población teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas sobre distintas alternativas que pueden tener población para construirte un proyecto de vida propio.</p> <p>-Consideramos que las personas con discapacidad cognitiva, deben tener las posibilidades y oportunidades de quienes no tenemos una discapacidad cognitiva, esto es, acceso a la educación (tanto normal como especial según se consideran pertinentes teniendo en cuenta necesidades y expectativas de cada caso). Oportunidades laborales y de integración social (recreación y deporte).</p> <p>-Adicionalmente, las personas con discapacidad cognitiva deben tener la oportunidad de integrarse a programas de intervención terapéutica que propendan a considerar al ser humano como íntegro y a desarrollar las habilidades y potencialidades que con toda seguridad tienen quienes poseen una discapacidad cognitiva .</p> <p>-Sugerimos tener en cuenta la importancia que tiene la sensibilización de quienes no tenemos una discapacidad cognitiva, ya que a través de ella podemos conseguir que las personas con discapacidad cognitiva sean valoradas, respetadas y ocupen un lugar importante dentro de nuestra sociedad.</p> <p>Claudia Patricia Buitrago Coordinadora Programa Integrarte (Documento 91)</p> |
| <p>Centro de Investigación y Desarrollo Infantil – CIDIE-, Bogotá.</p> | <p>El déficit cognitivo es la manifestación de alteraciones cerebrales las cuales se pueden deberse a mecanismos genéticos anormales, a variables prenatales y del parto o a circunstancias posnatales. Se presenta como un conjunto de dificultades en el individuo a nivel emocional, social e intelectual que tienen que ver con procesos de percepción, memoria, atención, desarrollo motor y del lenguaje. Cada uno de estos niveles y procesos afectados en grados diferentes lo que a su vez determina no solo las posibilidades de tratamiento sino también el tipo de intervención mas adecuado, la duración del mismo y su costo potencial.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>-Debemos entonces hablar de la necesidad urgente de de planes de prevención que tomen a cargo no solo la madre embarazada sino también el niño en gestación.</p> <p>-Acceso a servicio médico adecuado durante el parto tanto para la madre como para el bebé además de los requerimientos de capacitación pertinentes. Los factores postnatales requieren de programas nutricionales, de salud y educación.</p> <p>-Es indispensable el acceso a un diagnóstico efectuado por un equipo interdisciplinario calificado que determine claramente el origen del déficit, las áreas y procesos afectados.</p> <p>-Planeación del apoyo que diferentes entidades a nivel científico, tecnológico, profesional, social y económico ofrezcan desde su campo a los tratamientos sugeridos.</p> <p>-Participación de los diferentes entes sociales y económicos del Estado para que el apoyo se brinde al individuo, a su familia, a su entorno educativo, social y cultural en pos de una sociedad abierta a todos los individuos.</p> <p>-Proponemos se subsidien las necesidades educativas especiales de personas con déficit cognitivo y su capacitación de manera que se garantice la posibilidad de preparar a estas poblaciones para desempeños positivos y productivos en el seno familiar, en el ámbito social y económico del país.</p> <p>Es necesario un marco legislativo en beneficio de esta población que apoye y aporte medios y soluciones de prevención, tratamiento e inserción social.</p> <p>Diana Zapata, Psicóloga Yuly Mileidy Cortés, Educadora Especial. (Documento 92)</p> |
| <p>Centro de Rehabilitación MYA, Bogotá.</p> | <p>Aportes al diseño de una legislación para la discapacidad mental en Colombia:</p> <p>Marco legal de la discapacidad existente en Colombia: Pese a su abundancia es inoperante, día a día se tiene que recurrir al ejercicio de la tutela para hacer efectiva la protección de los derechos del discapacitado. Nuestro quehacer diario en esta materia nos ha hecho concluir lo siguiente:</p> <p>-Existe desconocimiento generalizado de que los derechos de los niños tienen el carácter de prevalentes.</p> <p>-Existe desconocimiento en muchas EPS de los derechos consagrados a favor de los discapacitados.</p> <p>-No hay sensibilización de los ciudadanos en general acerca de los derechos de los discapacitados y de los niños en general.</p> <p>-Es pobre la legislación en la creación de beneficios tributarios a favor de las instituciones sin ánimo de lucro dedicados a la atención de niños y/o personas con discapacidad.</p> <p>-No existen entes públicos a todos los niveles territoriales que adelanten una política articulada en beneficio de la discapacidad en Colombia.</p> <p>-En general falta sensibilizar a la sociedad frente al tema de la discapacidad.</p> <p>-Es una legislación desconocida.</p> <p>-Para hacer efectivos los derechos de los discapacitados se recurre de manera ordinaria y no extraordinaria al ejercicio de la tutela. Es en el ejercicio de la acción de tutela en donde se ha encontrado la protección efectiva de los derechos de los discapacitados.</p> <p>Los ciudadanos que se han visto afectados han promovido acciones de tutela y</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>mediante su ejercicio ante las autoridades judiciales se han podido confirmar derechos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La aplicación del principio de los derechos prevalentes de los niños. -La escolaridad de los niños con discapacidad mental. -El derecho a la asistencia en salud por la EPS cuando se trate de un disminuido físico o mental. -El derecho a una educación especial cuando lo necesiten. -La necesidad de promover en los colegios y escuelas el estudio de la cátedra de derecho constitucional, para el reconocimiento de los derechos de los niños con discapacidad. <p>Propuestas puntuales sobre educación, deporte y trabajo:</p> <p>Incentivos tributarios</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibilizar e incentivar con exenciones tributarias a las empresas privadas que gestionen actividades culturales de ocio, tiempo libre y deportivas acordes con las necesidades de los discapacitados. -Exenciones tributarias en las importaciones de equipos destinados a la rehabilitación. Convocar concursos para la elaboración de proyectos de inserción laboral de discapacitados. <p>Promoción Institucional de redes de apoyo a la niñez:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promover, apoyar y financiar programas de las redes de protección a la niñez. <p>Leyes de protección:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ley de protección patrimonial a las personas y las familias que tengan hijos con discapacidad. -Un sistema de jubilación flexible a las personas y las familias que tengan hijos con discapacidad. <p>Educación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adaptaciones curriculares para considerar “la discapacidad una cuestión de derechos humanos”, y sea asumida como un capítulo especial en los programas de enseñanza del derecho constitucional. <p>Deporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La concesión y seguimiento de ayudas y subvenciones en materia de deporte. El fomento de la creación de asociaciones deportivas y juveniles sobre la discapacidad. <p>Dra. Astrid Racedo Directora (Documento 93)</p> |
| <p>Corporación Educativa para el Aprendizaje – CEPA -, Bogotá.</p> | <p>Aspectos que los padres de familia manifestaron en la reunión general efectuada el 27 de Febrero de 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sería conveniente un auxilio educativo, en caso de que los padres se quedaran sin empleo o fallecieran. -A nivel de salud, los padres manifiestan que algunas E.P.S. y medicinas prepagadas obstaculizan el servicio por considerar que las preexistencias son muy altas. En ocasiones no les realizan los exámenes y les cancelan los tratamientos o deciden no atenderlos. Se pide que el ingreso al sistema de salud sea igual para las personas especiales que para las normales. -En cuanto a cultura y espectáculos nacionales, piden que sean exentos de pago |

| | |
|---|--|
| | <p>o en su defecto que tengan una tarifa preferencial en actividades como cine, teatro y parques de recreación. En algunos parques no les permiten el ingreso a las atracciones mecánicas por considerar que representan un peligro para los niños desconociendo las habilidades que ellos tienen.</p> <p>-En cuanto a los colegios privados de educación especial no existen ayudas económicas las cuales pueden favorecer a niños de escasos recursos que se encuentren en el sector con becas estudiantiles.</p> <p>Claudia Neira Directora General (Documento 94)</p> |
| <p>Fundación del Niño Diferente, Bogotá.</p> | <p>Colombia cuenta con un amplio marco legal sin reglamentar y 3 planes nacionales de acción para el colectivo de la población con discapacidad. No cuenta con datos estadísticos confiables y actualizados que reflejan la incidencia y caracterización de la población. Ante esta situación es imposible medir la efectividad y el impacto social en todas las áreas como son educación, salud, comunicación, accesibilidad, etc.</p> <p>La propuesta de una ley para la población con discapacidad mental es discriminatoria para con otras discapacidades que presentan necesidades similares. Se requiere un sistema coordinador que encause las acciones de diversos Ministerios para así garantizar que las condiciones de vida de la población con discapacidad y de sus familias mejoren con equidad.</p> <p>Temas que pueden beneficiar toda la población con discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Registro y caracterización de la población con discapacidad (en caso que los datos que arroje el Censo 2005 sean insuficientes). -Protección patrimonial de la población con discapacidad y agilización de procesos de interdicción para definir los derechos civiles de este colectivo. -Estímulos para el fortalecimiento de Centros de Rehabilitación. -Reglamentación y estímulos tributarios para talleres prevocacionales y vocacionales protegidos. -Estímulos para la investigación en ciencia y tecnología para la población con discapacidad. -Para garantizar el diagnóstico temprano y la atención oportuna se requiere la revisión del marco legal existente, crear mecanismos de comunicación e información ágiles y a la vez sencillos que puedan ayudar a empoderar la población con discapacidad y sus familias y voluntad política para hacer visible la temática. <p>Karen de Klinge Jefe de Relaciones Públicas (Documento 95)</p> |
| <p>Fundación Escuela Precoz, Bucaramanga.</p> | <p>Deseo se tenga en cuenta en sus escritos el trabajo pedagógico que se está desarrollando con educandos que manifiestan necesidades educativas especiales y con capacidades excepcionales para lograr verdaderamente procesos de integración escolar. También es oportuno saber y conocer las labores de capacitación que en otras escuelas estén realizando con los maestros y maestras entorno al manejo de la diferencia tanto al enseñar como al aprender, y por ultimo quisiera que se conocieran datos estadísticos en torno al proceso escolar de los</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Síndrome Down.</p> <p>Jorge Eduardo Pérez López (Documento 96)</p> |
| <p>Fundación Feadin, Bogotá.</p> | <p>Nuestra propuesta va dirigida a la integración educativa que por constitución tienen derecho todos los niños, niñas, jóvenes que presentan algún tipo de discapacidad.</p> <p>Esta integración educativa se convierte en la inclusión de un niño con discapacidad a un espacio físico rodeado de niños normales que no han sido preparados para asumir la diferencia de su compañero y siempre lo observan con pesar, miedo o curiosidad. Además nos encontramos con maestros que no han sido preparados y capacitados en el manejo de estas deficiencias.</p> <p>Para que en realidad se asuma el proceso de integración educativa el equipo interdisciplinario que esté alrededor de los niños discapacitados integrados en una institución educativa deben ejercer funciones terapéuticas. Denunciamos que algunas instituciones del distrito se reservan el derecho de admisión. (Documento 97)</p> |
| <p>Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, Cartagena.</p> | <p>Entre las dificultades más relevantes que enfrenta la población discapacitada del distrito se relacionan las siguientes:</p> <p>Cobertura Escolar: El porcentaje de población discapacitada en el distrito se ha incrementado en los últimos tiempos a pesar de existir un número significativo de instituciones dedicadas a la atención de la población especial.</p> <p>Integración Escolar: Las políticas del distrito orientadas a la integración escolar no han sido las más efectivas pues no se cuenta con la estructura organizativa, recursos materiales específicos, y talento humano que apoyen el proceso. Los currículos que se desarrollan no contienen las adaptaciones necesarias.</p> <p>Conciencias de prestación de servicios educativos: Los convenios que se producen entre la alcaldía y las instituciones de educación especial nunca se firman en el tiempo escolar reglamentario.</p> <p>Discapacidad y Salud: La atención en salud es muy baja, son pocos los que están afiliados a algún régimen de salud. Se presentan dificultades de inscripción en el Sisbén. En algunos casos las I.P.S. no cubren exámenes especializados.</p> <p>Discapacidad y derecho al trabajo: El SENA debería tener programas más agresivos en la formación para el trabajo. Las personas con discapacidad solo pueden acceder a la formación que ofrecen algunas fundaciones dedicadas a este tipo de atención. Hay poca oportunidad para un discapacitado de ingresar a un empleo digno.</p> <p>Discapacidad, deporte y recreación: Estas actividades favorecen al desarrollo integral y ofrecen grandes beneficios a nivel terapéutico, educativo y social potenciando su rehabilitación y aceptación. Son</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>pocas las leyes que permiten el acceso de de las personas con discapacidad a estas actividades.</p> <p>Amarilis Barrios Coordinadora (Documento 98)</p> |
| Fundación Integrar, Medellín. | <p>Me permito informarle que en el marco de la Ley 361 de 1997 que reconoce los derechos de las personas con discapacidad en Colombia, la población que se encuentra en situación de discapacidad cognitiva tiene restricciones para el ejercicio de sus derechos porque en su gran mayoría tienen poco desarrollo educativo y necesitan defensores que los representen en las situaciones que así lo requieren.</p> <p>Partiendo de lo anterior, la necesidad no sería el desarrollo de una normativa específica para esta población sino el diseño de los mecanismos que les permitan gozar de los beneficios de la Ley 367. En discusiones que se han dado al interior de la Asociación de Padres de nuestra entidad, se ha concluido en repetidas ocasiones que no se necesitan leyes nuevas o específicas para cada tipo de discapacidad, sino los mecanismos para hacer realidad lo consignado en las leyes ya existentes. En relación con estos mecanismos, se han visto como prioritarios la creación de un sistema de información único sobre la situación de las personas con discapacidad en Colombia que permita generar planes de desarrollo pertinentes para las necesidades de estas personas y sus familias, y en segundo lugar establecer unos lineamientos para la atención de estas personas que les permitan acceder a oportunidades equitativas para su desarrollo como seres humanos.</p> <p>En la actualidad, Colombia no cuenta con ningún tipo de estándares o lineamientos básicos y estas personas pueden estar sometidas a lo largo de muchos años a programas de atención que no conducen a su pleno desarrollo y que por el contrario pueden aumentar los niveles de exclusión y dependencia que caracterizan a la mayoría de las personas en situación de discapacidad de cualquier tipo.</p> <p>Patricia Gaviria Directora (Documento 99)</p> |
| Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Educación Especial – FIDES- | <p>Uno de los principales problemas de la sociedad colombiana es aceptar las diferencias. En nuestro país hay un gran número de compatriotas que tienen discapacidad cognitiva, una realidad que les dificulta integrarse en la comunidad con capacidad intelectual e inteligencia adecuada. Es imposible saber o burdamente calcular cuántos colombianos tienen discapacidad cognitiva. Muchos de ellos se encuentran aislados de la sociedad, algunos olvidados por ella, otros burlados y un sin número ignorados. La realidad es que en Colombia hay muchas leyes y decretos que protegen a los ciudadanos con discapacidad sensorial y física, pero hay poca legislación que cuide a los discapacitados cognitivos. Los primeros disfrutan de su inteligencia completa, los segundos carecen de la misma.</p> <p>Al revisar las diferentes leyes que hay en Colombia, en muchas de ellas se involucra en forma global al discapacitado como un todo: físico, sensorial y cognitivo. Todos ellos tienen necesidades especiales que deben ser cubiertas por</p> |

el Estado. En algunas oportunidades se ha legislado en el campo de integrarlos a una sociedad generosa y muchas veces ignorante respecto la discapacidad. En otras no se ha pensado cuál es la mejor forma de hacer esta integración. Se pretende ayudar, pero no se sabe cómo. Se intenta educar y al mismo tiempo no se sabe a quién. Se legisla sobre la discapacidad global, pero se desconoce la realidad de la discapacidad particular.

En la actualidad está de moda hablar de la integración académica para las personas con discapacidad. Interesante filosofía, la cual es bienvenida para personas con inteligencia adecuada y discapacidad física o sensorial. Ellos con adecuación locativa y desplazamiento, traducción sonora – visual y lenguaje escrito especial, pueden competir intelectualmente en forma correcta con similares cronológicos. Pero, cómo se le puede pedir a un ser sin inteligencia, que se compare y compita intelectualmente con seres de sobra más inteligentes que ellos? Como se puede poner a seres con deficiencia intelectual a compararse con individuos que tienen su abstracción normal? La integración académica es la mejor forma para desintegrar a una persona con discapacidad cognitiva.

Por otro lado, para lograr una integración adecuada, es necesario hacer un sin número de actividades de apoyo académico. Es necesario sacar al estudiante del aula regular para realizar actividades de apoyo con la consecuente desintegración social. Esto a su vez, representa costos tan altos, que un sistema educativo como el nuestro, no está en capacidad de cubrir. Además de lo anterior, lo más importante para una persona con discapacidad cognitiva es ser preparado para ser útil a una sociedad que lo rodea. Esa preparación la obtiene después de haber recibido un entrenamiento adecuado en aulas especializadas, en oficios adecuados para su nivel intelectual. No es lógico entregar un diploma regular a una persona con discapacidad cognitiva, el cual solo va a despertar la falsa ilusión de familiares y docentes. Este no va a tener sentido en la vida laboral futura de la persona con discapacidad cognitiva.

Cuando se habla de integración, esta debe ser principalmente social: por medio del deporte, actividades lúdicas y arte; laboral y familiar. No académica. Es importante apoyar laboralmente a las personas con discapacidad cognitiva. Éstas, por medio de un entrenamiento adecuado y especial llegan a integrarse laboralmente en empresas que les ofrecen un ambiente adecuado, no solo físico, de posibilidades, sino humano. Esta integración favorece a la empresa, a los otros trabajadores y lógicamente a los ciudadanos especiales integrados laboralmente. La sociedad debe aceptar a los trabajadores especiales y el gobierno debe dar incentivos fiscales legales para que la empresa que vincule laboralmente a las personas con discapacidad cognitiva tenga alivios tributarios o incentivos económicos.

Cuando se habla del futuro de la persona con discapacidad cognitiva, es importante pensar en la independencia familiar y personal. Es claro que el ciudadano sin sus capacidades mentales completas, no va a ser una persona autosuficiente. Ellos no podrán valerse por sí mismos, tomar decisiones respecto a vivienda, o definir su futuro. Es muy importante organizar un sistema de residencias protegido por el gobierno, en el cual la persona con discapacidad, pueda vivir y llevar una vida tan independiente como su dependencia le permita. Algunos podrán salir a laborar en la empresa que le brinda la posibilidad de integración laboral, otros irán al taller protegido y otros quedarán en la casa de residencia para recibir su entrenamiento o terapia especial. Es claro, que todo

| | |
|------------|---|
| | <p>esto se logra con una vigilancia adecuada del Estado y la familia o tutor de la persona especial.</p> <p>Finalmente, es muy importante decidir cuándo una persona con discapacidad cognitiva es mayor de edad, cuando debe tener una protección legal especial, hasta cuándo pueden llegar sus decisiones, hasta qué punto pueden llegar sus derechos y deberes como ciudadano. Un colombiano de 18 años tiene que tener cédula, lo cual le da el derecho a cumplir con sus obligaciones como ciudadano mayor de edad: ¿debe ir al ejército? ¿Puede y debe cumplir con el servicio social obligatorio? ¿Debe ir al frente de batalla? ¿Puede tener licencia de conducción? ¿Puede votar? ¿Puede interferir en los destinos de su país? ¿Puede vender o comprar bienes raíces? ¿Puede vender el único patrimonio que le han dejado sus padres al morir? Hay muchas inquietudes que una persona con discapacidad cognitiva debe cumplir y es obligación de los legisladores ayudar a despejarlas, con el objeto de hacer una sociedad más justa y humana.</p> <p>Dijo un político norteamericano: “La grandeza de un pueblo, se mide por la forma de tratar a sus ciudadanos más débiles”. Nada más cierto que eso. Es obligación de los dirigentes de una Nación velar por la justicia en el trato de sus ciudadanos. ¿Existe en Colombia justicia al tratar a las personas con discapacidad cognitiva? ¿Existe legislación protectora a nivel de educación y salud? ¿Hay equidad en las oportunidades? ¿Se les garantizan los derechos fundamentales de educación adecuada? ¿Salud? Esas preguntas deben ser contestadas por los dirigentes de nuestro país, quienes con sinceridad, patriotismo y generosidad, deben luchar por que en Colombia exista una sociedad digna y justa.</p> <p>Dr. Alejandro Escallón Presidente (Documento 100)</p> |
| Funiescar. | <p>Agradecemos a ustedes el tenernos en cuenta para la propuesta del proyecto de ley, es por ello que le presentamos los aportes que consideramos deben quedar en este proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que las personas discapacitadas tengan atención inmediata y gratuita en hospitales y clínicas del Estado y privadas. -Que los discapacitados porten un carné que los identifique como tal, para que así mismo no sean rechazados en las instituciones educativas del Estado. -Que los discapacitados que se encuentran concentrados en alguna institución de educación especial, cuenten con los profesionales para su debida rehabilitación. -Que los discapacitados que se encuentran concentrados en alguna institución de educación especial donde solo se ofrece el servicio de rehabilitación, se les ofrezca un refrigerio por parte del Estado. -Que los discapacitados reciban atención medico - quirúrgica cuando lo necesiten y que sea subsidiado por el Estado. -Que las instituciones de Educación Especial que no cuenten con propiedad para su funcionamiento, se les asigne un terreno amplio donde se construir una sede con todas las especificaciones necesarias para la rehabilitación con amplias zonas verdes. -Dotar a las instituciones de educación especial del material necesario para su debido funcionamiento. -Que el Estado financie los profesionales necesarios para conformar el un |

| | |
|--|--|
| | <p>equipo interdisciplinario para una atención integral del niño con necesidades educativas especiales.</p> <p>Margoth Agudelo Nieves Presidente (Documento 101)</p> |
| Talleres de Capacitación y Desarrollo Esperanza, Bogotá. | <p>Con el fin de hacer un aporte significativo a la labor que desean avanzar en beneficio de la discapacidad cognitiva, talleres se hace participe poniendo en consideración ciertos puntos, que a nuestro modo de ver, limitan más a las personas con este tipo de deficiencia.</p> <p>-La ley 361 del 7 de febrero de 1997, popularmente llamada ley Clopatofsky definitivamente ha marcado pautas importantes en beneficio de la discapacidad en general. Sin embargo, y aunque en su totalidad no se ha hecho posible su cumplimiento, en algo ha beneficiado al limitado físico. Pero lo que respecta a la parte cognitiva, poco espacio se ha abierto para el cumplimiento de la ley.</p> <p>-Cuando de contratación laboral se trata, existen circunstancias que impiden que ésta se lleve a cabo cuando un discapacitado cognitivo está interdicto, y si no lo está, entonces se presenta la problemática de no poder recibir la pensión de sus padres en caso de fallecimiento.</p> <p>-En los casos de personas con discapacidad cognitiva que laboran y aportan para pensión al fondo de solidaridad pensional, es un beneficio importante que aporta el gobierno. En un principio se estipularon aproximadamente un total de 10 a 15 años de aporte para pensionarse. Sin embargo, en el 2003 reglamentaron que dichos aporte deben hacerse no con tiempo, sino también con edad igual a todos los trabajadores, es decir, a los 60 años. En este punto, el número de personas con deficiencias intelectuales cognitivas, no son personas longevas y contemplar una mención hasta los 60 años es no tener en cuenta que muy pocos lograrían hacer uso de ella.</p> <p>-Otra consideración que no se tiene en cuenta es el cubrimiento de la atención en salud. Actualmente se cubre hasta los 18 o 23 años dependiendo de la empresa donde trabaje los padres del discapacitado. Lo mismo sucede con la capacitación y los estudios. ¿Qué pasa entonces con aquellas personas con problemáticas cognitivas más profundas que deben estar institucionalizados de por vida? ¿Qué pasa con estas familias? ¿A quién deben acudir para que su hijo (a) tengan acceso a una socialización?</p> <p>-Por otra parte el concepto de integración de esta población a la vida social ha comenzado a tener mayor auge en los últimos años. Sin embargo, ¿existe una preparación a los docentes para la adecuada integración del deficiente cognitivo al aula regular? ¿Se prepara a la sociedad para integrar al adulto deficiente intelectual a compartir espacios laborales que le brinden la posibilidad de sostenerse económicamente? En cuanto a la vida personal y emocional, ¿la familia y la sociedad le permite su total desarrollo?</p> <p>-La población con discapacidad cognitiva ha venido creciendo vertiginosamente y cada vez son más las desventajas que las ventajas.</p> <p>-El desconocimiento de su aparición y diagnóstico, así como su pronóstico y desarrollo, sigue siendo una vergüenza para la familia. El rechazo social en lugar de decrecer aumenta por la ignorancia.</p> <p>-La discapacidad cognitiva puede aparecer en cualquier momento a cualquier persona por diversas circunstancias Cuando suele llegar la alternativa inmediata es la negación y “la discapacidad”. Discapacidad en términos de no poder hacer nada. El ser humano posee innumerables posibilidades compensatorias para</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>desarrollar, y es en ello, donde se deben poner todos los esfuerzos.</p> <p>-Por último, considerando que todavía no hay una apertura de integración, existen institutos que se dedican a enseñar a trabajar a estos jóvenes. Dichas instituciones, las cuales suplen el déficit institucional, deben y tienen que reportar como cualquier empresa las obligaciones tributarias, que visto desde el punto de vista financiero, podrían generar un mayor número de becas para preparar a más jóvenes para la vida pública.</p> <p>-Existen muchas cosas positivas reglamentadas en la actualidad, lo que falta es ponerlas en práctica. Para el deficiente cognitivo existen además de sus propias barreras, las que la sociedad les otorga.</p> <p>María de los Angeles Durán Directora (Documento 102)</p> |
|--|--|

C. Instituciones Públicas

| NOMBRE | CONTENIDO DE INTERES |
|--|---|
| Vicepresidencia de la República. Programa de Discapacidad y Derechos Humanos. | <p>Concepto frente al manejo separado de los diferentes tipo de discapacidad – discapacidad cognitiva:</p> <p>La discapacidad cognitiva requiere de una profunda reflexión sobre las políticas públicas del Estado, la coordinación de las autoridades competentes en cada sector y el fortalecimiento del control social en el desarrollo de estas competencias, de manera tal que se genere un compromiso real para atender efectiva e integralmente las necesidades en salud, educación, empleo, y demás servicios sociales. No obstante lo anterior, la posibilidad de generar iniciativas legislativas particulares para este grupo poblacional no brinda ninguna solución estructural frente a su problemática, y por el contrario, si segrega aún más a nuestra población colombiana.</p> <p>En efecto, las referencias legislativas deben estar orientadas a unir a los colombianos en sus diferencias. A buscar el respeto a sus derechos humanos, por ese simple hecho: ser “Humano”: Ciudadano colombiano con derechos y deberes, en donde, frente a cada una de sus necesidades, contexto y realidad, el Estado brinde una respuesta efectiva, clara, y con el apoyo y corresponsabilidad de la familia y la comunidad. Para ello, es fundamental focalizar las acciones hacia la pedagogía sobre esos derechos y deberes, informando claramente sobre las entidades responsables, los mecanismos para hacer control y veeduría ciudadana, y hacia el empoderamiento y participación de la comunidad organizada.</p> <p>Gracias al proceso de construcción participativa de la política pública de discapacidad que viene siendo desarrollado en el país desde hace varios años, la comunidad con discapacidad viene avanzado en esta transformación conceptual frente a la situación de discapacidad, de modo que sus diferencias están siendo superadas por las necesidades comunes de todos para desarrollarse digna e integralmente como persona. De igual forma, a través del enfoque integral y humanista, la administración pública puede optimizar sus recursos y acciones</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>para atender las necesidades de toda la comunidad, sin que se requiera de una ley específica que se lo indique.</p> <p>Nuestra Constitución Política es suficiente fundamento e instrumento legal para trabajar hacia la igualdad material de los colombianos, y particularmente de aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad o indefensión. Pretender regular cada una de estas situaciones, además de desgastar los esfuerzos del Estado, nos distrae de nuestro objetivo fundamental de construir un Estado Social de Derecho.</p> <p>Concepto frente a Reforma de la ley 361 de 1997: Acciones estratégicas para ayudar al país en el tema de prevención de la discapacidad cognitiva, es el fortalecimiento de mecanismos de control para el desarrollo y calidad de los programas de nutrición que deben adelantar las entidades competentes del nivel nacional, departamental y municipal.</p> <p>La desnutrición es una de las principales causas de esta discapacidad y el país ha dejado de implementar campañas en este sentido. Promover mecanismo de control e información sobre los derechos de los usuarios de los sistemas de salud, ESP, IPS, ARS, para prevenir esta condición, y dar una atención integral óptima a estas personas y sus familias.</p> <p>Coordinar competencias administrativas para ofrecer servicios integrales (habilitación, rehabilitación, empleo.), de calidad, durante todo el ciclo vital. Integración a toda la oferta programática del Estado. A través de directivas ministeriales, circulares a gobernantes locales y oficinas de planeación local, es posible exigir estos servicios integrales y óptimos para esta población.</p> <p>Igualmente, trabajando en la promoción de mecanismos y espacios para fomentar los movimientos asociativos de las familias de personas con discapacidad cognitiva, y su participación en los espacios de concertación con el gobierno nacional y local, es posible avanzar hacia el control social a la gestión de las autoridades locales responsables que deben dar una respuesta estructural a esta problemática.</p> <p>Dra. Carolina Cuevas Melo Asesora Programa Discapacidad y Derechos Humanos Vicepresidencia de la República (Documento 103)</p> |
|--|---|

VIII. Artículos de Periódicos y Revistas

A. Periódicos

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--------------------------------|--|
| El Tiempo, octubre 10 de 2003. | <p>En Pro de una Política Nacional de Discapacidad.</p> <p>A pesar de gozar de una legislación muy completa, Colombia busca que los</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>discapacitados gocen de una plena incorporación a la sociedad. Entidades del Estado y la Sociedad Civil vienen, desde hace más de tres años, construyendo la política nacional de discapacidad que se va a concretar mediante un decreto del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes), en estos días. Este documento señala tres componentes básicos: prevención y promoción, habilitación y rehabilitación, y equiparación de oportunidades (incorporación de las personas a la sociedad y restablecimiento de sus derechos)”.</p> <p>“Se trata de una Ley marco de la discapacidad, que determina las políticas e intervenciones del Estado y promueve una coordinación intersectorial, para dar respuesta integral al problema de la discapacidad”. Políticas que incluyen a los ministerios de Protección social, Educación, Transporte, Comunicaciones, Ambiente, Cultura y Trabajo, así como a institutos del orden nacional como el Instituto Nacional para Ciegos (Inci), el Instituto Nacional para Sordos (Insor), instituciones adscritas al Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Icbf), entre otras. Falta también injerencia y corresponsabilidad de las instituciones a nivel territorial, de los municipios, un verdadero engranaje territorial y un mayor compromiso de las autoridades municipales y departamentales.</p> <p>La nueva política sobre discapacidad, incluye componentes estratégicos de promoción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, equiparación de oportunidades y habilitación / rehabilitación, los cuales involucran a toda sociedad y sus estamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención: Promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables; identificación, prevención y control de riesgos; promoción del acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos, - Equiparación de oportunidades. Eliminación de toda forma de exclusión y discriminación hacia las personas con discapacidad, por parte de las organizaciones sociales. Acceso, permanencia y promoción en educación - Habilitación / rehabilitación. Tecnologías, acciones y procedimientos realizados con las personas, sus familias y comunidades, que buscan eliminar o disminuir las limitaciones en la actividad de la vida diaria <p>A nivel sectorial y territorial también se ha trabajado en torno al tema. Así, en Bogotá, con el fin de beneficiar a las personas y entregar acciones claras, la administración Distrital a través del consejo Distrital de discapacidad viene desarrollando el Plan Distrital de Discapacidad, el cual incluye programas dirigidos a la promoción, prevención, atención en salud, educación, vida laboral, accesibilidad, redes de apoyo social y vida en comunidad. (Documento 104)</p> |
| <p>El Tiempo, abril 12 de 2004. Editorial.</p> | <p>Cambio de Verdugo.</p> <p>La investigación que divulgó hace pocos días el Ministerio de protección Social revela un profundo cambio en el tipo de trastornos mentales que afectan a los habitantes de este país donde confluyen en importantes cuotas la pobreza, la violencia, y el afán de salir adelante. Si hace diez años el principal mal era la depresión – uno de cada cuatro colombianos la padecía en 1993, y uno de cada seis en 2003-, el mas importante enemigo de la estabilidad mental es ahora la angustia que subió del 11% al 19.3%. Las estadísticas persisten en ofrecer un</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>cuadro preocupante. Actualmente más de 3 millones de colombianos sufren algún trastorno mental, 2 de cada 5 lo sufrirán a lo largo de su vida, y en el último año, 16 de cada 100 han incurrido en conductas alteradas.</p> <p>Lo que más inquieta del diagnóstico es la alta incidencia de las enfermedades mentales en los jóvenes y el aumento de las tendencias suicidas en la población mayor de 18 y menor de 29 años. Hace dos lustros, esta franja correspondía a las edades entre 30 y 44 años, pero ahora se sitúa casi una generación por debajo. Según el estudio, uno de cada 20 colombianos mayores de 18 años ha intentado suicidarse al menos una vez, cifra que triplica la de 1993. Bogotá, en particular, revela una lata incidencia de cifras suicidas juveniles: el 42% de quienes lo padecen tiene entre 17 y 48 años. Mas llamativo aún es que la muchachas adolescentes (de 15 a 19 años) representan el sector con mayor tendencia suicida en la capital.</p> <p>(Documento 105)</p> |
|--|--|

B. Revistas

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|--|---|
| <p>Educación Especial. Grupo Colombo – Suizo de Pedagogía Especial Año 10, No. 19, publicación Semestral, noviembre de 2002.</p> | <p>Nueva Terminología para el tema de la Discapacidad. Por Pascal Affolter – Director Grupo Colombo Suizo de Pedagogía Especial Centro Aluna</p> <p>El Lenguaje puede vulnerar la dignidad de las personas:</p> <p>Se debe empezar a adquirir conciencia ciudadana sobre la vulneración de la dignidad de las personas con discapacidad e insta a que los profesionales que trabajan con éstas personas sepan utilizar la terminología adecuada y se la enseñen a usar a las personas de su entorno. “Tenemos que ser modelo hacia afuera y cuidar nuestro lenguaje: es cuestión de actitud, respeto y tacto, lo que tiene que ver directamente con la dignidad de las personas”. A menudo me he encontrado con personas que al hablar de niños con discapacidad no saben como referirse a ellos porque no conocen los vocablos adecuados. Entristeciendo el rostro y gesticulando erráticamente dicen que el “enfermito” o el “retardado”..en la mayoría de los casos comentan la situación del “niño especial” o “minusválido”.</p> <p>En Aluna se tiene como principio que las personas son constructoras de pensamiento y que la correcta utilización de un término significa un cambio cualitativo en la comunicación. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ya no se dice retardo mental, sino discapacidad cognitiva. - No existe “el discapacitado” sino la persona con discapacidad. Es decir primero que todo se es persona. - No existe “el autista”, sino la persona con síndrome autístico. <p>Los términos “retardado mental”, “discapacitado”, “autista”, además de señalar la limitación, sin mencionar ninguna habilidad, excluye socialmente a la persona de su grupo y le resta posibilidades de desarrollo.</p> <p>El término discapacidad fue aceptado por la <i>Real Academia Española de la Lengua</i> y aparece en su diccionario oficial: quiere decir “un falta de habilidad en</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>algún ramo específico”.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) reformuló en el año 2001 las definiciones que se centran en la persona con connotaciones negativas y presentó una nueva clasificación que tiene como “objetivo proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud”. Funcionamiento y discapacidad “son términos genéricos que abarcan tres dimensiones: 1. funciones y estructuras corporales, 2. actividades en el nivel individual, y 3. participación en la sociedad. Estas dimensiones de la experiencia relacionada con salud reemplazan los términos utilizados anteriormente, deficiencia, discapacidad y minusvalía y extienden su significado para incluir experiencias positivas.</p> <p><i>(Documento 106)</i></p> |
| <p>Diálogos. Año 1, Número 8. Publicación Mensual del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar. Febrero de 2004.</p> | <p>Los Niños en Situación de Discapacidad marcan la Diferencia. “Yo no podía dejar morir las neuronas que tenía mi hijo”</p> <p>Jorge Armando, un joven de 15 años con síndrome de down, hace parte de los 6.212 niños que fueron atendidos entre enero y septiembre de año pasado a través del ICBF en su programa de discapacidad. Luego de su nacimiento, lo primero que hizo la familia del joven fue ir a la Universidad Nacional para recibir orientación sobre la limitación que tenía su hijo. Así fue como el médico le entregó información sobre el síndrome de down y le explicó acerca de la importancia de la estimulación temprana. Siguiendo sus consejos los Hospitales de Kennedy y la Hortúa se convirtieron en los espacios en los que su madre aprendió a realizar los ejercicios para la estimulación de su hijo. El joven fue atendido por la Fundación Fe en Bogotá. De acuerdo con esta fundación, el problema de la persona en situación de discapacidad no es individual, sino una circunstancia en la que están involucradas la familia y la sociedad.</p> <p>Su madre recuerda dos hechos que fueron coyunturales para que la gente aprendiera a respetar a Jorge como sujeto de derechos pues recuerda que ella y su familia tuvieron que luchar contra el rechazo hacia la situación de su hijo. El primero, cuando un grupo de estudiantes se estaba burlando de Jorge en el parque. La actitud de su madre fue la de llamarlos y explicarles la importancia que tenía su colaboración para el desarrollo social de su hijo. El segundo fue la lucha que tuvo que enfrentar con varias instituciones educativas de la localidad para que su hijo pudiera estudiar en una entidad diferente de una de educación especial. Así, después de presentar su situación en el colegio tuvo que quedarse callada en la reunión de padres de familia mientras oía comentarios como: <i>de pronto va a matar a nuestros hijos o a los niños del curso se les va a pegar lo que él tiene</i>. Entonces, después de tomar valor ella les explicó que se sentía orgullosa de él y que si no estuviera segura de su comportamiento no se atrevería a llevar a Jorge a la institución. Luego de sus palabras los padres de familia aceptaron la presencia de Jorge y hasta el año pasado hizo cuarto de primaria. Ahora, el reto es que lo reciban de nuevo en la escuela ya que depende de la profesora tenerlo o no en su curso. La historia de Jorge evidencia la importancia de la integración de la comunidad, el Estado y la Fundación para la construcción de su proyecto de vida.</p> <p><i>(Documento 107)</i></p> |

IX. Doctrina

| FECHA | CONTENIDO DE INTERES |
|---|---|
| <p>Las Personas con Discapacidad en la Educación Superior, Una propuesta para la Diversidad e Igualdad. Editor: Rodrigo Jiménez Sandoval. San José de Costa Rica, 2002.</p> | <p>Ayudas Técnicas Dirigidas a Estudiantes Universitarios con Discapacidad.</p> <p>A menudo las personas con discapacidad son discriminadas por los prejuicios y la ignorancia y no cuentan con oportunidades suficientes de acceso a la educación y al trabajo. Esta crisis silenciosa afecta, no sólo a las personas con discapacidad y a sus familias, sino al desarrollo económico y social de naciones enteras en donde esta reserva de potencial humano a menudo no es atendida. El reto consiste hoy en que los países reconozcan los derechos de la población con discapacidad y le proporcionen las oportunidades, los servicios y los apoyos que necesitan. Las ayudas técnicas son piezas vitales e importantes del sistema de apoyos que los individuos con discapacidad requieren para lograr el éxito en su vida, en su estudio o en su trabajo.</p> <p>Ayudas técnicas requeridas por estudiantes con discapacidad para su vida independiente.</p> <p>Para poder garantizar su funcionamiento y autonomía, la sociedad, particularmente las universidades deben promover el desarrollo de investigaciones científicas y tecnológicas que garanticen cada día nuevas ayudas técnicas y mejores servicios de apoyo básicos para su independencia y participación social.</p> <p>Discapacidades cognitivas</p> <p>La población con discapacidades cognitivas engloba o incluye a todas aquellas deficiencias relacionadas con el intelecto, la memoria, la percepción y la organización y control de actividades. Incluye los grupos con retraso mental, deficiencias del aprendizaje, afecciones neurológicas o cualquier daño cerebral, especialmente los de tipo degenerativo como la enfermedad de Alzheimer.</p> <p>Ayudas técnicas dirigidas a grupos de estudiantes universitarios con discapacidad.</p> <p>En el apartado anterior se describieron gran cantidad de ayudas técnicas de las cuales se pueden beneficiar un sinnúmero de personas con discapacidad. Su impacto en la vida diaria y en especial en la educación ha sido demostrado. Es por lo anterior que muchas universidades de Europa y los Estados Unidos cuentan con programas, centros o servicios de apoyo para personas con discapacidad que forman parte de su estudiantado. El objetivo de estos servicios es el de garantizar oportunidades equiparables de acceso a la educación superior a una población que requiere de ayudas técnicas para poder cumplir con los requerimientos de sus carreras.</p> <p>Estos Centros cuentan con una gran cantidad de equipos y ayudas técnicas y para conocer su función, se describen a continuación algunas experiencias exitosas en universidades de los Estados Unidos y Europa. La Universidad de Wisconsin, Estados Unidos de América, cuenta con un Laboratorio de Apoyo Tecnológico que está a la disposición de todos los estudiantes de esa universidad, con prioridad de acceso para aquellos estudiantes con discapacidad. Este laboratorio se encuentra ubicado en un área de fácil acceso y cuenta con una variedad de computadoras y software, entre ellas 8 a 10 computadoras con</p> |

plataformas IBM o Macintosh con Software popular y de uso común, acceso a Internet y Tecnología Especializada. Entre la tecnología disponible, específica para personas con discapacidad, cuenta con adaptaciones de mouse para el teclado, teclados para un solo dedo o una sola mano, punteros, scanner, impresoras Braille, programas de software de conversión texto a voz, de reconocimiento de voz o de agrandamiento de letras en la pantalla.

La Universidad del Estado de California en Chico, E.U.A., cuenta con un Servicio de Apoyo a la Discapacidad. La responsabilidad del Servicio es la de asegurar a los estudiantes con discapacidad un acceso equitativo a cualquier programa de la universidad de manera que puedan lograr sus metas académicas. Entre los servicios directos que ofrece se encuentran: adaptación de exámenes, servicios de toma de “apuntes”, servicios de asistentes de laboratorio, de investigación, de lectores, de intérpretes, además de tutores académicos y de técnicas de estudio.

Desde la década de los 70 muchas universidades inglesas ofrecen apoyo y guía a estudiantes con discapacidad y sus profesores en el uso de tecnología para el acceso al currículo. En 1983 algunas de ellas decidieron unir sus esfuerzos y compartir sus experiencias creando la Federación Nacional de Centros de Acceso (NFAC) que hoy día ofrece servicios de apoyo a individuos con discapacidad y problemas de aprendizaje. La Universidad del Estado de Michigan, E.U.A., cuenta con un Centro de Recursos para personas con discapacidad. Dicho centro aboga por la inclusión de personas con discapacidad en la Universidad. Su misión es responder a las necesidades de los estudiantes, empleados y visitantes proporcionando los recursos que equiparen sus posibilidades de éxito. También apoyan la participación plena en todos los programas universitarios con dignidad e independencia.

Las Universidades de Cataluña y Valencia, entre otras, desarrollan programas a través de nuevas tecnologías para la formación de alumnos. Todas las Universidades españolas cuentan con servicios de apoyo para alumnos con necesidades especiales. Los anteriores ejemplos muestran experiencias exitosas de programas universitarios destinados a población con discapacidad en países desarrollados. Pocas son las universidades latinoamericanas que ofrecen este tipo de servicios y entre ellas se encuentra la Universidad de Costa Rica.
(Documento 108)

X. Sitios Web visitados

Páginas Web

Colombia

<http://www.abcmedicus.com/fides/fides.php?opcion=10>

<http://www.gobiernoenlinea.gov.co/normatividad/>

<http://www.encolombia.com/medicina/medfiscicayre/scfisiatria14200personas2.htm>

Otros Países

www.un.org/esa/socdev/enable

<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0147.pdf>

Argentina

<http://www.apef.org.ar/derechos.htm>
<http://www.redconfluir.org.ar/juridico/notas/nota8.htm>
<http://www.adusalud.org.ar/adus/legislacion/ley22431.htm>
<http://www.adusalud.org.ar/adus/legislacion/ley24901.htm>
<http://webs.satlink.com/usuarios/d/diegogc/itineris.htm>
<http://www.fundaciondiscar.org.ar/novedades.htm>

Guatemala

<http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/LeyGuatemala135-96.pdf>

Ecuador

<http://www.conadis.gov.ec/legislacion/ley.html>

España

<http://www.cermi.es/documentos/cermi-es/08/vi-vii.pdf>
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex/>
http://www.madrid.org/normativa_servicios_sociales/personas_discapacidad.htm
<http://www.cde.ua.es/dsi/may03ps.htm>

México

http://homepage.mac.com/chido/gp_2003-04-30.html
<http://www.pjetam.gob.mx/legislacion/leyes/pdf/>
<http://www.coahuila.gob.mx/leyes/html/leydesarrollo.htm>
<http://www.coahuila.gob.mx/leyes/html/leydesarrollo.htm>
<http://www.aequitas.org/banco/regimenjuridico.htm>
<http://discapacidad.presidencia.gob.mx/?P=38>
http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Discapacidad_Mental

Perú

<http://www.educared.edu.pe/especial/doc/LGPersonadiscapacitada.doc>
<http://www.cajpe.org.pe/rij/bases/nuevdh/dh2/ds24807.htm>

Republica Dominicana

<http://www.bvs.org.do/documentos/conadis.pdf>

Uruguay

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley16095.htm>
<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/legisl/uru/iii/>