Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Marina Lini Chein
marina lini@hotmail.com

Modelos teóricos y enfoques de abordaje de la discapacidad: una revisión de artículos científicos de Argentina, Brasil y Colombia, publicados en el período 2004-2016

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis
Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Lini Chain, M. (2017). *Modelos teóricos y enfoques de abordaje de la discapacidad: una revisión de artículos científicos de Argentina, Brasil y Colombia, publicados en el período 2004-2016* (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2018.175386>

Condiciones de uso
www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

15ª COHORTE / 2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad:

**Una revisión de artículos científicos de Argentina, Brasil y Colombia,
publicados en el período 2004-2016**

MAESTRANDA

Méd, Marina Lini Chein

(15ª cohorte)

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

FECHA DE ENTREGA

Septiembre, 2017

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

15.^a COHORTE / 2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO DE LA TESIS

Modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad:
Una revisión de artículos científicos de Argentina, Brasil y Colombia, publicados
en el período 2004-2016

MAESTRANDA

Méd, Marina Lini Chein

(15^a cohorte)

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO

Dra. Mariana Bordes

Esp. Susana Sequeiros

Dr. Andrés Trotta

FECHA DE APROBACIÓN

30/08/18

CALIFICACIÓN

8 (OCHO)

*Estás ciego al creer que podrás evitar este jardín de gente ...
Y ya no sé si es que amanece o veo el cielo
como un gran collage.*

Luis Alberto Spinetta

RESUMEN

El campo de estudio de la discapacidad ha sido objeto de múltiples revisiones y discusiones a lo largo de su historia, y ha evolucionado consecuentemente con las transformaciones de los modelos teóricos en los cuales se inscriben las investigaciones. Este trabajo consiste en una revisión de artículos científicos sobre discapacidad y su abordaje en el ámbito de los Servicios de Salud, en el cual se analizan los principales modelos teóricos y enfoques metodológicos que dan soporte a las prácticas asistenciales. Se trabajó sobre estudios de Argentina, Brasil y Colombia, publicados durante el período 2004-2016, con el propósito de avanzar hacia una comprensión de la discapacidad que posibilite respuestas sociales y políticas adecuadas ante las necesidades de este colectivo. Los criterios, terminologías y tratamientos sobre una determinada temática se definen y retroalimentan con los modelos vigentes y con aquellos emergentes, al momento en que trazan puentes entre las ideas presentes en la acción y mirada de quienes las interpretan. Producto del análisis del contenido del corpus documental estudiado, concluimos que los principales modelos teóricos que dan soporte a las prácticas asistenciales, definen diversas miradas y explicaciones acerca de la situación de la discapacidad desde un plano individual, en la interacción de un cuerpo dañado con un entorno pensado y organizado por y para personas sin discapacidad. Sin embargo, este conjunto de trabajos da cuenta de un agregado heterogéneo de publicaciones, de este modo, la discapacidad puede ser analizada como una interacción práctica de distintos entornos: económico, social, político y cultural, que conforman, en su conjunto, un marco de producción de significados, lo cual expresa, la existencia de otras formas de teorizar y de comprender las diferencias humanas.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad; Investigación; Personas con discapacidad.

ABSTRACT

The field of disability studies has been subject to several revisions and discussions throughout its history and has thus evolved together with the changes in theoretical models on which research studies are based. In this document scientific papers on disability are revised and how Health Care Services address this matter. The main theoretical models and methodological approaches that serve as the basis for health care practice are analysed. Papers from Argentina, Brazil and Colombia, published between the years 2004-2016 have been included in order to gain a better understanding of disability. The purpose of this is to obtain a better understanding of the disability experience, that will bring about suitable social and political acknowledgement. Criteria, terminology and approaches on a given issue are defined and powered by current and emerging models, while at the same time bridges are built between current ideas that are being put into practice and the perspective of those who decode them. As a result of an analysis of the body of work under study we have concluded that the main theoretical models underlying health care practice define how an impaired body interacts with an environment that has been conceived and created for and by people with no disabilities. Furthermore, this set of papers includes publications from various spheres: economic, social, political and cultural, that make up, as a whole, a framework for the production of meanings. This, in turn, proves the existence of other ways of theorizing and understanding human differences.

KEYWORDS: Disability; Investigation; People with disability.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Esquema descriptivo de la conformación del corpus documental.....	40
Figura 2. Distribución porcentual de las investigaciones según país de referencia.....	47
Figura 3. Distribución de las investigaciones según año de publicación.....	48

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Localización y año de publicación de las investigaciones referidas a discapacidad en Argentina, Brasil y Colombia entre 2004 y 2016.....	46
---	----

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Esquema de búsqueda en bases de datos BVS, PubMed, SciELO Scopus.....	33
Cuadro 2. Categorías aplicadas en la caracterización, análisis e identificación de los modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad en las publicaciones.....	42
Cuadro 3. Modelo biológico de la discapacidad. Síntesis de resultados.....	54
Cuadro 4. Modelo social de la discapacidad. Síntesis de resultados.....	57
Cuadro 5. Modelo político de la discapacidad. Síntesis de resultados.....	60
Cuadro 6. Modelo universal de la discapacidad. Síntesis de resultados.....	64
Cuadro 7. Modelo biopsicosocial de la discapacidad. Síntesis de resultados.....	67
Cuadro 8. Características de los modelos teóricos que componen el corpus documental. Síntesis de resultados.....	70

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CDPD	Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONADE	Consejo Nacional de los Derechos de la Persona portadora de Deficiencia
CONADI	Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad
DeCS	Descriptores de búsqueda
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina
MeSH	Medical Subject Headings (Encabezados de Temas Médicos)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PcD	Personas con discapacidad
PwD	People with disability (Personas con discapacidad)
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health (Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos Institutos Nacionales de la Salud)
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
SciELO	Scientific Electronic Library Online (Librería Científica Electrónica en Línea)
Scopus	Base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SNR	Servicio Nacional de Rehabilitación
SUS	Sistema Único de Salud

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 <i>Problema de estudio.....</i>	12
1.2 <i>Hipótesis.....</i>	14
1.3 <i>Objetivo general.....</i>	14
1.4 <i>Objetivos específicos.....</i>	14
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
2.1 <i>Justificación académica.....</i>	15
2.2 <i>Justificación social.....</i>	15
2.3 <i>Justificación personal.....</i>	16
3. MARCO TEÓRICO.....	18
3.1 <i>Marco contextual.....</i>	18
3.2 <i>Marco conceptual de referencia.....</i>	22
3.2.1 <i>Modelos teóricos.....</i>	22
3.2.2 <i>Metodología de abordaje de la discapacidad.....</i>	25
4. METODOLOGÍA.....	30
4.1 <i>Pregunta de investigación.....</i>	30
4.2 <i>Técnica de análisis elegida.....</i>	30
4.3 <i>Recorte geográfico y temporal.....</i>	31
4.4 <i>Conformación del corpus documental.....</i>	32
4.4.1 <i>Criterios de inclusión.....</i>	32
4.4.2 <i>Criterios de exclusión.....</i>	32
4.5 <i>Categorías de análisis.....</i>	41

5. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	45
<i>5.1 Caracterización de los artículos según su localización y año de publicación.....</i>	<i>45</i>
<i>5.2 Caracterización de las investigaciones según modalidades de abordaje aplicadas al estudio de la discapacidad.....</i>	<i>49</i>
5.2.1 Diseños de investigación cuantitativos.....	49
5.2.2 Diseños de investigación cualitativos.....	50
5.2.3 Enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad.....	51
<i>5.3 Características de los principales modelos teóricos que componen el corpus documental.....</i>	<i>52</i>
5.3.1 Modelo biológico.....	54
5.3.2 Modelo social.....	57
5.3.3 Modelo político.....	60
5.3.4 Modelo universal.....	64
5.3.5 Modelo biopsicosocial.....	67
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
APÉNDICES.....	82

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Problema de estudio

Un primer análisis exploratorio de las fuentes que se dedican a investigar la temática de la discapacidad, publicadas en bases de datos sanitarias internacionales en formato digital, nos demuestra un mayor desarrollo de publicaciones de investigaciones en países de Europa y de Norteamérica, con una menor participación en las publicaciones por parte de los países que integran Latinoamérica.

En nuestra región sobresale la producción de Brasil y Colombia. Las publicaciones se han dedicado principalmente a la investigación en diferentes áreas de la salud vinculadas a la discapacidad y, en menor medida, hay artículos que proponen abordar la discapacidad desde la complejidad de las ciencias sociales. Entre las principales categorías temáticas se destacan aspectos relacionados con la educación, con el trabajo, con la legislación y con la salud. Y en relación con esta última: rehabilitación, itinerarios terapéuticos, percepción y cuidados de la salud, estudios de base clínica, organización de servicios y gestión de redes, entre otras áreas de interés. Aclaremos en este punto que este recorte de la producción de investigaciones, centrado en artículos que cumplen los criterios de publicación en bases de datos en formato digital, deja por fuera un universo mucho más amplio de difusión y de generación de conocimientos: artículos de revistas académicas, publicaciones de jornadas y congresos, artículos de divulgación. No obstante ello, varias de estas fuentes han sido consultadas e incorporadas oportunamente en el marco teórico y antecedentes de nuestro trabajo.

Con el objeto de obtener un panorama amplio general y actualizado acerca del estado de las publicaciones científicas en la región, elegimos centrar nuestra investigación en Argentina, Brasil y Colombia, al tratarse de los tres países que evidencian un mayor desarrollo en la publicación de investigaciones.

La elección del período 2004-2016 se fundamenta en la incorporación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26378, 2008) a la agenda social y política de los países de Latinoamérica. La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) constituye un hito en materia de derecho internacional, en el ámbito de la discapacidad. Antes de su aprobación (el 13 de diciembre del 2006) y de su entrada en vigencia a partir del 2008, la discapacidad era abordada jurídicamente por cada nación de acuerdo a su legislación y, en nuestro continente, en el marco de la Convención Interamericana por los Derechos Humanos (Ley 25280, 2000), con múltiples recomendaciones acerca de la necesidad de un tratado internacional específico

en esta temática (Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, 2008). La CDPD compromete a los Estados, con el fin de facilitar la interacción de las PcD con su entorno, a crear las condiciones necesarias que permitan a las PcD gozar de una mejor vida en la sociedad. La CDPD ha adquirido una notable relevancia en el campo de la discapacidad; sin embargo, procuramos contemplar un período que recoja aportes de miradas previas a su instauración, a los fines de poder dar cuenta del impacto que ha tenido la Convención en el estudio de la discapacidad.

La orientación que guía el sentido de las investigaciones en un momento determinado se inscribe de acuerdo con coordenadas sociales, culturales y políticas que enmarcan el pensamiento, los discursos y las prácticas en determinado contexto (López González, 2006). De manera muy general, existen dos perspectivas teóricas que han servido de marco para interpretar y para pensar la situación de la discapacidad (Venturiello, 2009). La primera se encuentra comprendida por el modelo médico hegemónico o modelo médico rehabilitador y, como contraposición, el modelo social de la discapacidad, con una multiplicidad de discursos desde la sociología, la antropología y la psicología, entre otras disciplinas, que comenzaron a gestar nuevas miradas sobre la discapacidad.

Así mismo, el campo de la investigación de la discapacidad también ha sido objeto de múltiples revisiones y discusiones a lo largo de su historia, que han ido evolucionando consecuentemente con los modelos en los cuales se inscriben las investigaciones. Se destacan en el proceso de investigación de la discapacidad tres propuestas o enfoques metodológicos: positivista, interpretativa y emancipadora; cada una de ellas vinculada a un modo particular de explicar la naturaleza de la discapacidad desde una perspectiva, individual, social y política, respectivamente (Oliver, 2008)¹.

Podríamos definir “modelo teórico” como aquel discurso que trasciende los límites del discurso técnico y expresa un modo de entender y de abordar el estudio de un aspecto de la realidad, e indaga sobre su naturaleza y sus causas a partir del uso de teorías que orientan la mirada sobre el problema en cuestión (Minayo, 2012) y complementariamente como una representación que refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención (Álvarez González & Bisquerra Alzina, 1997).

En este sentido, e intentando enfocarnos en los alcances y en las limitaciones de los procesos e intervenciones que dan lugar a la experiencia de la discapacidad, en su impacto en

¹ Los enfoques metodológicos serán desarrolladas conceptualmente en el marco teórico de referencia.

el acceso a bienes materiales y servicios (incluidos los servicios de salud), y en su repercusión en las condiciones de vida de las personas con discapacidad; elegimos centrarnos en las investigaciones vinculadas a la experiencia de la discapacidad en contextos regionales, a fin de avanzar hacia su comprensión. El propósito de ello es contribuir al conocimiento en un campo dinámico y complejo (como lo es el de la discapacidad), a fin de posibilitar respuestas sociales y políticas adecuadas. De todo esto nos surge el siguiente interrogante:

¿Cuáles han sido los principales modelos teóricos y enfoques metodológicos que han guiado las investigaciones referidas al fenómeno de la discapacidad y su abordaje en el ámbito de los Servicios de Salud; en Argentina, Brasil y Colombia, en el período 2004-2016?

1.2 Hipótesis

El discurso dominante que orienta las investigaciones referidas a la discapacidad en Argentina, Brasil y Colombia, durante el período 2004-2016, ha estado centrado principalmente en el modelo teórico médico rehabilitador de la discapacidad, abordando su estudio y tratamiento a partir de un enfoque metodológico positivista, por sobre aquellos modelos y enfoques que integran otras perspectivas teóricas de abordaje de la discapacidad.

1.3 Objetivo general

- I. Analizar los principales modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad en el ámbito de los Servicios de Salud, presentes en las investigaciones publicadas en Argentina, Brasil y Colombia, durante el período 2004-2016.

1.4 Objetivos específicos

- I. Caracterizar los artículos científicos referidos a la discapacidad en función de su localización, año de publicación, tipos de diseños y técnicas de investigación implementadas.
- II. Analizar las características de los principales modelos teóricos que dan soporte al abordaje de la discapacidad, en el ámbito de los Servicios de Salud.
- III. Identificar enfoques metodológicos referidos al abordaje de la discapacidad, presentes en las investigaciones que conforman nuestro corpus documental.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Justificación académica

De una primera revisión sobre las publicaciones referidas a la discapacidad, se observa un predominio de investigaciones en Europa y en Norteamérica, respecto de otros países del mundo, a su vez que se advierte un incipiente (pero creciente) desarrollo de investigaciones en países latinoamericanos. Este hallazgo nos llama a preguntarnos sobre el estado de las investigaciones en dichos contextos y a profundizar sobre el tema, motivo por el cual elegimos centrarnos en algunos países de América Latina, más precisamente en Argentina, Brasil y Colombia.

Amén del déficit de datos estadísticos confiables y de la dificultad de establecer un criterio de medición unánime (como se vio reflejado en las últimas rondas censales del 2010 en países de América Latina), existiría consenso por parte de diferentes organismos multilaterales (Organización Mundial de la Salud; Comisión Económica para América Latina y el Caribe) acerca de la importancia de fortalecer las capacidades de investigación. En este sentido, la CDPCD, en su artículo N.º 31, se refiere al tratamiento de los datos estadísticos y resultados de investigaciones que permitan formular y aplicar políticas adecuadas.

No obstante, la tendencia epidemiológica actual (desplazada hacia las enfermedades crónicas no transmisibles y hacia las causas externas) y la necesidad consecuente de profundizar en el tratamiento y prevención de esta problemática, la elección de la discapacidad como eje central de la investigación me permite indagar sobre una temática escasamente integrada en los contenidos de mi formación de grado como Médica Generalista.

2.2 Justificación social

A propósito de las condiciones de desigualdad que subyacen en la discapacidad, a lo largo de los últimos quince años, en Argentina, Brasil, Bolivia, Ecuador, Venezuela y Uruguay se sucedieron Gobiernos progresistas y populares, que instauraron profundas transformaciones democráticas en sus sociedades —mediante la restitución, ampliación de derechos e implementación de políticas públicas incluyentes para parte de los sectores más postergados de la sociedad (Gentili, 2015)—. Sin negar la trascendencia que estas conquistas han tenido en las condiciones de vida de la población, esta situación no nos exime de posar nuestra mirada en aquellas situaciones de desigualdad profunda que aún subsisten en nuestra región.

Actualmente en América Latina y en el Caribe existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de las cuales el 82% vive por debajo de la línea de la pobreza

(Organización Mundial de la Salud, 2011). El 95% de la población de personas con discapacidad reside en los países del denominado Cono Sur y México, mientras que el 5% restante se encuentra en los países que componen el Istmo Centroamericano.

Según los datos del último Censo Nacional de Hogares y Viviendas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014) —realizado en nuestro país en el 2010 y publicado en el 2014 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC)—, se destaca el acceso limitado a distintos servicios como salud, vivienda, trabajo y educación, reflejado esto último en un porcentaje de población analfabeta entre las PcD tres veces mayor respecto de la población total del país; un porcentaje de población desocupada elevado; y una tasa de fecundidad alta, con una cantidad total de hijos por mujer en el grupo de PcD superior al total que se presenta para el resto de las mujeres del país, entre otras condiciones de inequidad que se reproducen en la condición de discapacidad.

2.3 Justificación personal

Mi primer acercamiento a la temática de la discapacidad se produjo durante mi paso como trabajadora en el ámbito de la salud pública por el Programa Federal Nacional Incluir Salud² durante 2014 y 2015. Si bien tanto en las normativas como en los discursos que se construyen en torno a la discapacidad parecería avanzarse hacia un horizonte más igualitario e inclusivo, esta situación no se veía materializada en políticas públicas que posibiliten mejoras concretas en las condiciones de vida, trabajo, vivienda, salud y educación de las PcD. Según datos del Instituto Nacional De Estadísticas y Censos de la República Argentina (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014), la mayoría de la población que presenta alguna dificultad o limitación permanentes posee cobertura de salud y de previsión social, ya sea en el caso de los más jóvenes a través de pensiones no contributivas asistenciales o, en el caso de los adultos mayores, a través de jubilaciones o pensiones contributivas, situación paradójica que no se condice con los indicadores de salud y de condiciones de vida en la que viven las PcD. Se da cuenta en el mismo informe sobre las mayores tasas de analfabetismo, de fecundidad y de morbilidad, vinculadas a las barreras en el acceso a diferentes escenarios contextuales, como lo son la salud, la vivienda, la educación, el empleo, entre otras situaciones asociadas a la discapacidad. Este hallazgo me condujo al interrogante

² Sistema de Aseguramiento Público de Salud del Ministerio de la Nación que garantiza el acceso a los servicios de salud a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años titulares de Pensiones No Contributivas (PNC).

acerca de los alcances y de las limitaciones de la cobertura en salud, de la calidad de los servicios y, detrás de estos, de las políticas públicas y las leyes que los sustentan.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco contextual

Gran parte de la legislación referida a discapacidad en nuestro país tiene antecedentes que datan de la primera parte del siglo XX y representan un ámbito de reivindicación de derechos civiles, en el cual han tenido crucial protagonismo distintas organizaciones de personas con discapacidad, además de representar un espacio donde pueden verse reflejados los pensamientos y discursos construidos sobre la discapacidad de acuerdo con los acontecimientos sociales y políticos imperantes.

El doctor Ramón Carrillo, en su momento Secretario de Salud de la Nación, ya en 1946 estableció una primera idea de asistencia integral del inválido, basada en el principio de la rehabilitación no solo desde la cura física, sino a partir de la enseñanza de un oficio y de la inclusión laboral. Se declaró a favor de la primera Ley de Inclusión Laboral de las personas con discapacidad en Argentina, por la cual se obligaba a las empresas privadas y a la administración pública a ocupar el 2% de los puestos laborales con personas con discapacidad. La Ley 13926 fue impulsada por personas ciegas que lograron organizarse y conseguir su legitimación el 30 de agosto de 1950, aunque no se reglamentó formalmente hasta 1961 (Bregain, 2012). El derecho a la rehabilitación integral quedaría restringido entre 1956 y 1973 a la práctica médica, con una serie de intervenciones dirigidas principalmente a la niñez. La epidemia de poliomielitis que afectó a nuestro país durante la década del cuarenta y del cincuenta, y que se profundizó durante 1955 y 1956, obligó al Gobierno militar de Aramburu a tomar algún tipo de medida que ofreciera asistencia a los afectados por esta enfermedad. Así, el Ministerio de Salud de la Nación promovió la creación de La Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, que funcionó bajo esa denominación hasta 1969, cuando fue reemplazada por el actual Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR). Si bien el decreto especifica que el objeto es dar asistencia a todas aquellas personas que tuvieran alguna condición física que requiera de prácticas de rehabilitación, también establece que la prioridad de los cuidados está orientada a los niños afectados por la epidemia de poliomielitis. La discusión sobre el acceso a un empleo digno y estable pasaría a un segundo plano durante esos años. Ya en la década del setenta, y en consonancia con los acontecimientos políticos de este período, además de ofrecer un espacio social y de prácticas de deporte inclusivo, el SNR auspició como espacio de reunión del Frente de Lisiados Peronistas (Alonso & Cuenya, 2012), conformado por un grupo de jóvenes militantes con discapacidad que lograron, en 1974, la aprobación de la Ley 20923 (1974), a través de la cual se creó la Comisión Nacional

de Discapacitados, dependiente del Ministerio de Trabajo. Esta ley termina de concretar la idea del derecho al trabajo de las personas con discapacidad, con el establecimiento de un cupo mínimo de puestos de trabajo del 4% que deben ser cubiertos por personas con discapacidad, en el ámbito tanto público como privado. La Ley 20923 fue posteriormente derogada en 1981 por la Ley 22431 (1981), Ley de Protección Integral para los Discapacitados. Merece mención el hecho de que muchos de los hombres y mujeres que participaron en la creación de la Ley 20923 fueron perseguidos y desaparecidos por la dictadura cívico-militar que gobernó a la Argentina desde 1976 hasta el regreso de la democracia en 1983.

La Ley 22431 (1981) busca disminuir las desventajas que la discapacidad provoca a través de lo siguiente:

Institúyese por la presente ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a estas 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. (Ley 22431, p.2).

En nuestro país, en la actualidad conviven distintos marcos jurídicos complementarios en materia de discapacidad, entre estos, la Ley 22431, la Ley 24901 (1997), la Ley 25504 (2001) y la Ley 26378 (2008), que otorga rango de constitucionalidad a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Además, hubo recientes incorporaciones al Código Civil de la Nación (Ley 26994, 2014) en materia de capacidad jurídica de las personas con discapacidad y su regulación respecto del sistema de salud.

La Ley 25504 (2001), conocida como Ley del Certificado Único de Discapacidad, fue sancionada el 14 de noviembre de 2001 y promulgada el 12 de diciembre del mismo año. El Certificado Único de Discapacidad es un documento público de validez nacional otorgado a partir de la evaluación de una junta interdisciplinaria que certifica la condición de discapacidad y opera como una llave que posibilita el acceso a distintos servicios y beneficios de compensación individual (pensiones, pases libres de transporte, prestaciones de salud, etc.). Si bien la mayor parte de nuestros ordenamientos jurídicos, como la Ley 22431 (1981), intentan fundar en sus capítulos condiciones de equidad e integración en el acceso a empleo, educación, seguridad social y salud entre otros ejes centrales, dichos valores no son fácilmente reflejados a la hora de asumir políticas destinadas a las personas con discapacidad.

La focalización, basada en el acceso a programas específicos, asume en su fundamentación el asignar recursos cuando para la persona no es posible acceder a los

servicios básicos de salud por la vía del mercado o por otros mecanismos de aseguramiento sobre la base de su inserción en el mercado laboral (Filgueira, 2014). En el caso de la Ley 24901 (1997) —complementaria a la Ley 22431 (1981)— del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad y sus decretos reglamentarios, se establece la cobertura del 100% en las prestaciones para personas con discapacidad, lo que da lugar a la participación de agentes privados y la consecuente transferencia de recursos financieros del Estado a este subsector del sistema de salud.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26378, 2008) asume la perspectiva de los derechos humanos y el reconocimiento de la condición de ciudadanía en virtud de la obligación de los Estados de implementar medidas que favorezcan y garanticen su aplicación. Esto significa un avance en la superación de la tensión entre las políticas de salud y las de universalidad, incorporando la perspectiva de enfoque de derecho en el diseño de las políticas públicas, en concordancia con el modelo social de la discapacidad. Este modelo asume la discapacidad como resultado de la interacción de la persona con su entorno, abordándola desde una dimensión más amplia, incluyendo, entre sus principios generales, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la no discriminación, la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana, la igualdad de oportunidades y la accesibilidad, entre otros de sus principios rectores.

Así como la Convención constituye un avance en el reconocimiento de los derechos inherentes a las personas con discapacidad, también representa un hito en la transición de un modelo de leyes focalizadas en las prestaciones de servicios en leyes integrales fundamentadas en los derechos humanos.

Las políticas y los procesos democráticos han ido variando contextualmente a lo largo de los años en los países seleccionados y han sufrido avances y retrocesos en función de los momentos históricos que los enmarcan. Las normativas constitucionales en los diferentes países siguen cursos similares en determinados momentos de su historia, como ocurre en el caso de Argentina y de Brasil, con procesos de democratización y de dictaduras que se suceden con pocas diferencias de años entre estos.

De acuerdo con el último censo realizado en 2010 por el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), hay en Brasil 45,6 millones de ciudadanos con algún tipo de discapacidad, lo que corresponde al 23,9% del total de la población. Es el país

latinoamericano que presenta mayor cantidad de personas con discapacidad (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

La Constitución Federal de Brasil de 1988 (Câmara dos Deputados, 2012) prevé, en sus artículos, beneficios específicos para las personas portadoras de algún tipo de discapacidad. Entre los beneficios incluidos se pueden citar beneficios prestacionales a partir del otorgamiento de pensiones económicas, pases libres de transporte y matrículas escolares preferenciales cercanas al lugar de residencia, con el objetivo de promover condiciones de equidad ante las desigualdades que subsisten en la situación de discapacidad.

El 1 de junio de 1999, a partir del Decreto 3076/99 (Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1999), fue creado el CONADE (Consejo Nacional de los Derechos de la Persona Portadora de Deficiencia), para acompañar el desarrollo de la Ley Nacional para la Integración de las Personas Portadoras de Deficiencia (Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 1999), sancionada el 20 de diciembre de 1999 a través del Decreto 3298/99. Esta ley contiene un conjunto de normas que buscan garantizar el pleno ejercicio de los derechos en el campo de la salud, la educación, la habilitación y la rehabilitación, el trabajo, la cultura, el turismo de las personas con discapacidad. En 2010, fue ratificada en la república de Brasil la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26378, 2008). De esta manera, el Consejo Nacional de los Derechos de las Personas Portadoras de Deficiencia pasó a ser el Consejo Nacional de los Derechos de las Personas con Deficiencia. En nuestro país su homólogo, CONADIS (Comisión Nacional Asesora de los Derechos de las Personas con Discapacidad), fue creada en 1992 a partir del Decreto 984/92 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1992).

Existen a su vez un conjunto de normas dentro del Sistema Único de Salud de Brasil, orientadas a las demandas específicas de las personas con discapacidad, como lo es el Decreto N.º 5626 del 2005 (Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2005), que dispone la obligatoriedad de la atención de personas sordas o con deficiencia auditiva en la red de servicios públicos del SUS y en las empresas que posean alguna concesión o permisos de servicios públicos de asistencia de la salud, a fin de garantizar el acceso al derecho a la salud de las personas con discapacidad auditiva, entre otras normativas vigentes.

En el caso de Colombia, las sucesivas guerras civiles que ha tenido que afrontar el país han dejado como saldo una cantidad de heridos (con secuelas motrices) entre su población. La mayor parte de las personas que han adquirido algún tipo de discapacidad (ya sea física, psicológica o laboral) derivada del conflicto armado son personas con bajos recursos económicos. Esto agudiza la situación de exclusión y segregación a la cual se enfrentan

cotidianamente (Aldemar, 2002).

En cuanto a las políticas públicas aplicadas al ámbito de la discapacidad en Colombia, según lo expresado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República de Colombia en 2004 (Departamento Nacional de Planeación, 2004), el Estado se compromete a considerar líneas de intervención que garanticen la plena integración de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida. Colombia cuenta, además, con un sistema General de Pensiones, como un régimen de subsidios a la discapacidad.

3.2 Marco conceptual de referencia

3.2.1 Modelos teóricos

Palacios (2008) desarrolla una perspectiva histórica acerca de los distintos modelos teóricos. El modelo de la prescindencia tiene su origen en la Edad Media y Antigua; a raíz de las frecuentes guerras y epidemias que signaron la época, se produjo un aumento del número de personas enfermas, lo que convirtió la discapacidad en un fenómeno de mayor prevalencia hasta el momento. El origen de la discapacidad era atribuido a un castigo de los dioses o a una advertencia de catástrofe por algún pecado cometido, con las consecuentes respuestas de temor y de rechazo hacia las personas con discapacidad. El hecho de que la mayoría de la población estuviera empleada en tareas rurales convertía a la persona en una carga social para la familia y representaba un motivo de menosprecio y marginación social.

Ya en el siglo XX, el modelo biomédico o modelo médico rehabilitador de la discapacidad, como una variante más del modelo médico hegemónico y en concordancia con el pensamiento epidemiológico dominante de la época, atribuye el origen de la discapacidad a causas médicas y biológicas. La discapacidad es entendida como un hecho fortuito que ocurre a los individuos, como consecuencia de un trauma o de alguna enfermedad adquirida. Centra su atención en la corporalidad, más específicamente en las limitaciones físicas de los individuos.

El modelo biomédico de la discapacidad comenzó a afianzarse sobre todo en el ámbito legislativo, a raíz de las grandes guerras que signaron la primera mitad del siglo XX, como reflejo de la obligación de la sociedad de compensar a los excombatientes, a través de pensiones y de servicios de rehabilitación, beneficio que luego se extendió en un segundo período al total de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad se convierten en objeto de rehabilitación, a fin de lograr su adaptación a la sociedad, con una serie de propuestas terapéuticas centradas en el

carácter deficitario del individuo. Dentro de este modelo, la medicalización y la institucionalización adquieren un rol fundamental. El modelo médico rehabilitador se extiende hasta nuestros días, si bien inició un proceso de franca crisis desde inicios de la década del setenta, a partir del impulso de movimientos académicos y sociales que pusieron en duda los alcances de sus explicaciones y de sus fundamentos, y propusieron otras significaciones acerca de los modos de concebir la discapacidad.

El modelo social de la discapacidad surgió como contraposición desde la confluencia de organizaciones de personas con discapacidad, familiares y distintos movimientos académicos universitarios de Europa y de Norteamérica, que plantean el reconocimiento social de las personas con discapacidad como minoría discriminada. Propone una nueva manera de pensar las causas y naturaleza de la discapacidad, y se distancia de las explicaciones de carácter biológico y del discurso de las limitaciones físicas e individuales. Dirige su mirada a las condiciones de exclusión y de desigualdad que la sociedad impone a las personas con discapacidad.

Dentro de la polisemia de modelos y conceptos que rodean la discapacidad, también existen distintas maneras de clasificar esta situación. La importancia de analizarlas radica en que estas definen en parte los procesos, modos y estándares por los cuales una persona en situación de discapacidad califica para acceder a determinados servicios y beneficios.

Como se desprende de la lectura del marco contextual, a lo largo de las décadas citadas son notables las transformaciones conceptuales que han sufrido las diferentes maneras de nombrar a las personas con discapacidad: inválidos, lisiados, impedidos. Tanto estos como otros términos fueron adquiriendo un mal uso y en muchos casos se convirtieron en sinónimo de insultos (Egea & Saravia, 2004).

La OMS no fue ajena al problema de la polisemia de modelos y conceptos que rodeaban a la discapacidad; se hizo necesario un consenso respecto de la manera en cómo se define y se clasifica. Asimismo, la importancia de analizar su clasificación radica en que esto determina en parte los procesos, modos y estándares por los cuales una persona califica para acceder a determinados servicios y beneficios.

La XXIX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1976, adoptó la Resolución 29.35, que aprueba la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, publicada inicialmente por la OMS en 1980 y con su versión en español aprobada en 1983 (Organización Mundial de la Salud, 1980). De acuerdo con este marco conceptual, la deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, que representa un trastorno a nivel de un órgano. La

discapacidad es toda restricción o ausencia (debido 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. Asimismo, la minusvalía es aquella situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales), y refleja la adaptación del individuo a su entorno.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías ha sido ampliamente utilizada en todo el mundo durante décadas y, si bien ha adquirido importancia debido a su avance conceptual a los fines de dar respuestas adecuadas tras los cambios suscitados durante los años transcurridos, ha sido necesaria una revisión del tema. En 1993 la OMS inicia el proceso de revisión para generar lo que provisionalmente se denominó la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías-2 (Herrera Castanedo, Vazquez Barquero & Gaite Pintado, 2008).

En 1999 se publicó una nueva versión preliminar de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad, y de los materiales para los trabajos de campo. Ese mismo año se constituyó la Red Española para la Verificación y Difusión de la Clasificación.

Esta versión fue presentada al Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2001 y aprobada en mayo de ese año, con el título de *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (Organización Mundial de la Salud, 2001). A diferencia de la clasificación de 1980, acentúa en forma sustancial los componentes de la salud, y así instaura el tema funcionamiento-discapacidad-salud en lugar de clasificar las consecuencias derivadas de la enfermedad. Entre otras diferencias que plantea la nueva clasificación, busca utilizar un modelo biopsicosocial que incorpora, a la explicación de las causas de la discapacidad, la interacción de las limitaciones de la persona con el entorno y el contexto sociocultural; abandona la tríada insuficiencia/discapacidad/minusvalía y promueve la utilización de un lenguaje neutro que facilita superar la marginación y la discriminación, y avanza hacia un enfoque de derechos humanos.

Abarca todos los aspectos de funcionamiento de la discapacidad del ser humano e incorpora tres dimensiones: 1) funciones y estructuras corporales, 2) actividad, 3) participación; asimismo, identifica las limitaciones que pueden presentar: deficiencias, limitaciones en la actividad, restricción en la participación. Se habla entonces de deficiencias de la función, deficiencias de la estructura y actividades (antes discapacidades) y participación (antes minusvalía) respectivamente. Desde este marco referencial, se entiende dicha situación como la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y con el

contexto social, que influyen en su historicidad y en su estado de salud.

Nosotros tomaremos, como referencia para la definición y posterior análisis de los distintos modelos teóricos referidos a discapacidad subyacente en nuestro universo en estudio, la establecida por el programa docente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, dirigido a los países de habla hispana y elaborado en concordancia con el marco conceptual propuesto (Vázquez Barquero, 2003).

Modelo médico biológico: la discapacidad se presenta como síntoma del déficit producido por una enfermedad, trauma o alteración del funcionamiento del individuo que lo inhabilita para una vida normal. Es el individuo el que debe adaptarse a las exigencias que la sociedad le impone, por lo que las medidas terapéuticas se tornan compensatorias del déficit padecido.

Modelo social: es considerado como una forma complementaria al modelo médico biológico; la discapacidad ya no estaría ligada al déficit individual, sino que se propone como resultado de un conjunto de condiciones y de relaciones interpersonales, muchas de las cuales estarían motivadas por factores ambientales y contextuales. Reconoce las desventajas que la vida social trae al individuo, haciendo énfasis en las barreras físicas.

Modelo político activista: el modelo activista propone el problema de la discapacidad a partir de las barreras que encuentra esta persona para acceder a los diferentes escenarios contextuales: educación, trabajo, vivienda, entre otros. Los derechos civiles y las políticas adquieren un rol central en la inclusión de las PcD a la vida en sociedad.

Modelo universal de la discapacidad: la discapacidad es planteada como un hecho universal a todos los individuos, que se manifiesta en forma de desigualdad social a través del trato diferencial y de los estereotipos hacia una población específica.

Modelo biopsicosocial: se plantea como una forma complementaria que incluye componentes de los modelos anteriores; de esta manera retoma el componente corporal, contextual, político y universal. La situación integral de la discapacidad involucra el entorno social, político, económico y cultural, y procura la superación de los estereotipos y la universalidad en la comprensión de la discapacidad.

3.2.2 Metodología de abordaje de la discapacidad

La metodología incluye simultáneamente la teoría de abordaje, el método, los instrumentos de operacionalización del conocimiento y la creatividad del investigador (Minayo, 2013). El diseño de investigación representa la estructura o guía que se utiliza para la planificación, implementación y análisis del estudio.

En virtud de clasificar los tipos de diseños de abordaje, los podemos dividir en diseños de abordaje cuantitativos y en diseños de abordaje cualitativos.

Los diseños de investigación cuantitativos utilizan un enfoque hipotético-deductivo en la construcción del conocimiento, en función del objeto que se desea estudiar. Los fenómenos, como hechos observables y posibles de medición, son interpretados cuidadosamente a partir de la realidad objetiva, reducida a datos o a variables.

Clasificaremos los diseños de abordaje cuantitativo de acuerdo con la unidad operacional, el posicionamiento del investigador y la temporalidad de la investigación (Filho, 2000). Según la unidad de operación, se pueden dividir en individuados (los individuos son particularizados en la unidad en estudio) o en agregados poblacionales en referencia a una unidad geográfica y temporal. De acuerdo con su posicionamiento con el objeto de estudio, los estudios observacionales se caracterizan por una mínima interferencia por parte del investigador respecto del objeto de estudio; por otro lado, los estudios experimentales tienen entre sus objetivos desencadenar procesos, controlar variables e interferencias en la producción de la investigación, con una clara intervención por parte del investigador en el proceso. En cuanto a la temporalidad del diseño, el carácter instantáneo se da cuando la producción del dato es realizada en un momento puntual del tiempo, lo que fundamenta la utilización del término de corte transversal o seccional, mientras que el término longitudinal define el seguimiento en el tiempo o el carácter serial de un estudio.

De la combinación de este tipo de definiciones podemos obtener una clasificación de los tipos de diseños:

Agregados:

Estudios ecológicos: observacionales y transversales.

Estudios de tendencias o series temporales: observacionales y longitudinales.

Ensayos comunitarios: experimentales y longitudinales.

Individuados:

Encuestas: observacionales y transversales.

Cohortes o prospectivos: observacionales y longitudinales

Ensayos clínicos: experimental y longitudinal.

En los diseños de abordaje cualitativo, las inferencias generales surgen de la identificación de la naturaleza de la realidad a explorar y de las relaciones que se desprenden de su estructura en su contexto. Entre sus finalidades se encuentra la posibilidad de develar procesos sociales poco conocidos, propiciar la construcción de nuevos abordajes, así como

revisar y crear nuevos conceptos y categorías durante el proceso de investigación (Minayo, 2013).

Entre las principales corrientes de abordaje metodológico cualitativo, podemos distinguir (Minayo, 2013):

Etnografía: los diseños de orden etnográfico recomiendan la observación e investigación detalladas de los hechos en el lugar donde se desarrollan, con el objeto de realizar una descripción minuciosa de las personas, sus lugares y su cultura. La investigación etnográfica propone poner en tensión los marcos de significados, el del propio investigador y el de los otros.

Investigación Acción Participante: esta investigación está concebida y realizada junto a intervenciones sociales orientadas a la resolución de problemas sociales colectivos. En la investigación acción, los investigadores y quienes participan de la investigación están involucrados en el proceso, mientras que en la investigación participante, además, se contempla la voz de personas representativas de la situación por ser transformada, sin que necesariamente participen de la acción.

Estudio de caso: consiste en estrategias de abordaje cualitativo para mapear, describir y analizar el contexto, a partir de la focalización de un objeto de estudio de carácter unitario. Para comprender y organizar la realidad, puede utilizar entrevistas, observaciones, banco de datos, documentos.

Narrativas: a través de la revisión y del relato, el investigador explora las experiencias de la persona, cómo estas comprenden su pasado y les dan significado en el presente en un contexto social específico.

Análisis de contenido: el análisis de contenido se refiere a la técnica de investigación, cuya fuente de análisis de un fenómeno determinado permite tornar replicables y válidas las inferencias sobre datos en determinado contexto. Entre estas se encuentran el análisis lexical, el análisis de la enunciación, el análisis temático de contenido y el análisis representacional, entre otros.

Análisis de discurso: incluimos en esta categoría diversas modalidades de abordaje cualitativo que utilizan la comunicación como fuente de análisis de un fenómeno determinado.

Para comprender la hegemonía de la discapacidad, podríamos distinguir distintas formas y niveles de comprensión interconectados entre sí: un nivel ontológico, que busca explicar la naturaleza de la discapacidad; un nivel epistemológico, donde las preguntas se

orientan a las causas de la discapacidad; y un nivel empírico o experiencial, donde la propuesta es entender la experiencia de la discapacidad según el propósito de la investigación (ya sea describir, interpretar, comprender o cambiar la experiencia de la discapacidad) (Oliver, 1998).

Nos centraremos en nuestra investigación en la metodología comprendida dentro de un nivel empírico, dentro de la cual se identifican tres niveles de enfoques o de abordajes comprensivos acerca de la experiencia de la discapacidad: Positivista, Interpretativa o Emancipadora.

Positivista: propone el estudio de la discapacidad desde las ciencias biológicas, las enfermedades y las limitaciones individuales. Acorde al enfoque hipotético deductivo de la ciencia, las inferencias generales se construyen a partir de datos reducidos a variables o a unidades de observación. Las investigaciones de orden cuantitativo se encuentran inscriptas en su mayor parte dentro de esta corriente metodológica de abordaje.

Interpretativa: está basada en los trabajos de carácter cualitativo propios de las ciencias sociales; se utiliza un enfoque inductivo como abordaje de la realidad. Cuestiona la unidad de método de las ciencias naturales y sociales y reconoce, en el mundo social, un escenario de sujetos activos, impregnado del sentido y de los valores de quienes investigan. Propone la necesidad de la interpretación de los significados que cada individuo le otorga a la discapacidad, según el rol o lugar que ocupe ese sujeto dentro de la sociedad. Adquieren principal interés los factores contextuales que delimitan la situación de discapacidad.

El enfoque interpretativo, basado en los trabajos de carácter cualitativo, reconoce, en el mundo social, un escenario de sujetos activos, impregnado del sentido y valores de quienes investigan. Se distancia del abordaje positivista al cuestionar el carácter objetivo de la ciencia que proponen las investigaciones que utilizan nociones o conceptos de orden biológico u orgánico en sus explicaciones, para referirse a un fenómeno socialmente construido a partir de las conductas, percepciones, concepciones y representaciones sobre aquella.

Emancipadora: la propuesta o enfoque emancipador busca favorecer la participación e incorporación de la experiencia subjetiva directa de las personas con discapacidad, principalmente en carácter de investigadores, con el fin de abarcar diversos aspectos de su vida cotidiana que contribuyan a ampliar la visión que se tiene sobre la discapacidad. En este enfoque, la discapacidad se transforma en un objeto de conocimiento en sí mismo, que sobrepasa las fronteras del conocimiento médico y del dominio externo del interpretativismo. Plantea el campo científico como un campo donde se reproducen las asimetrías sociales

presentes en la discapacidad. Quienes defienden los fundamentos de este enfoque destacan que el modelo social no explicita lo suficiente la opresión que sufren las personas con discapacidad, resultante de la organización social que da soporte a nuestra sociedad, lo cual se reproduce en las investigaciones.

4. METODOLOGÍA

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles han sido los principales modelos teóricos y enfoques metodológicos que han guiado las investigaciones referidas al fenómeno de la discapacidad y su abordaje en el ámbito de los Servicios de Salud; en Argentina, Brasil y Colombia, en el período 2004-2016?

4.2 Técnica de análisis elegida

El proyecto de investigación propone un estudio cualitativo de artículos científicos de publicaciones desde 2004 hasta 2016, a través de la técnica de búsqueda y revisión bibliográfica, que posibilite analizar cuál ha sido el conocimiento científico producido sobre la temática de la discapacidad, en varias bases de datos bibliográficas en formato digital: BVS, PubMed, SciELO, y Scopus.

En cuanto a la técnica de análisis elegida, el proceso de revisión bibliográfica nos permitió construir una actividad científica que, a través de los principales modelos teóricos y enfoques metodológicos que guían las investigaciones, nos permitió la actualización del conocimiento disponible frente a una realidad, social, dinámica y contradictoria, como lo es la discapacidad. Así mismo, fue publicado en el boletín de la Red Interuniversitaria Latinoamericana de Discapacidad y DD Humanos³, un pedido de referencias sobre investigaciones en la región que utilizaran este tipo de metodología, en el estudio de la discapacidad. A su vez se estableció contacto con la Comisión Interuniversitaria de discapacidad y DD Humanos⁴ y distintos referentes en la temática que proporcionaron parte de la literatura incluida como soporte teórico del proyecto de investigación.

Centrándonos en nuestro objeto de estudio, mediante el análisis de los modelos y de los enfoques presentes en los artículos seleccionados, estas representaciones ocupan ciertos espacios descifrables a partir de los procesos de construcción de conocimientos, documentados en dichos trabajos, motivo por el cual elegimos este tipo de técnica cualitativa

³ Integrada por instituciones de Educación Superior, cátedras, grupos de investigación, de extensión y personas vinculadas a la discapacidad en las universidades. El boletín de la red es una publicación mensual online que pretende difundir y compartir los aportes que se realizan en cada país.

⁴ La Comisión Interuniversitaria Discapacidad y Derechos Humanos forma parte de la red interuniversitaria Latinoamericana de Discapacidad y Derechos Humanos y está constituida por las Universidades Nacionales de nuestro país. Tiene como objetivo la elaboración de estrategias que permitan el cumplimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad y contribuir al logro de Universidades accesibles y no excluyentes.

para avanzar hacia la comprensión de la discapacidad y sus interrogantes.

Este abordaje permite la inclusión de estudios que adoptan diversos tipos de metodologías, y trata de fortalecer la comprensión y el análisis del conocimiento ya existente. A su vez, permite al investigador hacer un esbozo sobre la evolución del tema que desea investigar a través del tiempo. El término “integradora” se refiere a la integración de opiniones, conceptos o ideas, a partir de la revisión de teorías o estudios empíricos sobre determinado tema (Botelho, Chuna & Macedo, 2011). A su vez se eligió, para el análisis de los diferentes modelos teóricos y propuestas metodológicas, utilizar la técnica de análisis temático de contenido, que permite analizar valores de referencia y modelos de comportamiento subyacentes a partir de la presencia de determinados temas y núcleos de sentido que componen una comunicación (Minayo, 2013).

Como estrategia de análisis, se realizó una primera fase pre analítica, de lectura horizontal del conjunto de los documentos y de constitución del corpus representativo del universo a estudiar, con la consecuente formulación y reformulación de hipótesis y objetivos. En una segunda fase se realizó la exploración del material, y la lectura transversal de cada unidad, a fin de categorizar o reducir el texto a palabras o expresiones significativas en unidades de registro, que nos permitieran identificar y analizar, características de los principales modelos teóricos y enfoques metodológicos presentes en las publicaciones. Y por último, una tercera fase, de síntesis y de formulación de inferencias e interpretaciones de acuerdo con el sostén teórico propuesto.

4.3 Recorte geográfico y temporal

Argentina, Brasil y Colombia evidencian una mayor cantidad de publicaciones respecto de otros países que integran la región de Sudamérica, a raíz de lo cual elegimos delimitar nuestro recorte geográfico a estas tres naciones. A su vez, la República de Brasil es el país latinoamericano que presenta mayor cantidad de personas con discapacidad, con una capacidad y trayectoria académica destacada en la región, y la República de Colombia presenta una producción de investigaciones relevante, probablemente asociado esto último a la historicidad y al impacto de esta problemática en su población. La elección de los años 2004-2016 como recorte temporal se fundamentó en el impacto de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (Ley 26378, 2008) y respondió a la necesidad de incorporar un período de tiempo que nos permitió acceder a miradas previas a su aprobación en 2006 y, en el caso del 2016, fue tomado como referencia final, con el fin de

obtener un panorama actualizado acerca del estado de las publicaciones científicas.

4.4 Conformación del corpus documental

La selección de artículos que integran el corpus documental se realizó mediante una estrategia de búsqueda temática de las publicaciones desde 2004 hasta 2016, en las bases de datos BVS, PubMed SciELO, y Scopus. Se realizó un mapeo de términos descriptores afines a los objetivos y núcleos temáticos que dieran cuenta de las dimensiones a analizar en nuestra investigación, entre ellos: Services; Health Individual; Health Services; Physically Disabled; Disabilities; Disability; Handicapped; People with Disabilities; People with Disability; Persons with Disability; Persons with Disabilities; Disabled Person; Physical disabilities; Physically Handicapped; Physically Challenged.

Estos fueron combinados entre sí y, de acuerdo al recorte geográfico y temporal propuesto, finalmente se seleccionó aquella combinación de términos descriptores, términos Mesh y términos libres que permitieran recuperar la mayor cantidad de artículos sin apartarnos de nuestro objeto y pregunta de investigación.

Los términos descriptores de búsqueda (*DeCS*) y (*MeSH*), y términos libres que se utilizaron fueron *Disabled Persons*, *Health Services*, y *Disabled* y *Disability* respectivamente, utilizando el conector lógico *and* entre estas. Se detalla en el Cuadro 1, el esquema de búsqueda propuesto para arribar al corpus documental. El término *Health Services* fue seleccionado a fin de recuperar aquellos artículos que reflejen la representación de la discapacidad desde la perspectiva de los servicios de salud, en el diseño, estructura y componentes esenciales de un proceso de intervención (Álvarez González & Bisquerra Alzina, 1997).

4.4.1 Criterios de inclusión

- Artículos correspondientes a resultados de investigaciones con base empírica, en el contexto de los países seleccionados para su estudio.
- Se seleccionaron los artículos de investigaciones que abordaran la relación discapacidad y servicios de salud.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Artículos que no se ajusten al diseño de estudios de investigación.
- Artículos que no tengan la discapacidad como objeto central de estudio.
- Artículos referidos a discapacidad en el contexto de Argentina, Brasil y Colombia,

publicados en países que no se encuentren comprendidos en el recorte geográfico propuesto.

Cuadro 1. Esquema de búsqueda en bases de datos BVS, PubMed, SciELO, Scopus.

Base de datos	Descriptores	Términos libres	Campos de búsqueda utilizados	Filtros aplicados	Cantidad
SciELO	Ninguno	<i>Disability</i> <i>Health</i> <i>Services</i> <i>Argentina</i>	1° criterio: Subject: <i>Disability</i> Operador lógico <i>And</i>	Años 2004-2016	1
			2° criterio: Subject: <i>Health Services</i> Operador lógico <i>And</i>		
			3° criterio: Subject: <i>Argentina</i>		
			Fecha 18/01/2018		

Cuadro 1. Continuación.

SciELO	Ninguno	<i>Disability</i>	1° criterio:	Años 2004-2016	74
		<i>Health</i>	Resumen		
		<i>Services</i>	Subject:		
		<i>Brazil</i>	<i>Disability</i>		
			Operador lógico <i>And</i>		
			2° criterio		
			Resumen		
			Subject :		
			<i>Health Services</i>		
			Operador lógico <i>And</i>		
			3° criterio:		
			Resumen		
			Subject:		
			Brazil		
			Fecha 18/01/2018		
SciELO	Ninguno	<i>Disability</i>	1° criterio:	Años 2004-2016	23
		<i>Health</i>	Resumen		
		<i>Services</i>	Subject:		
		<i>Colombia</i>	<i>Disability</i>		
			Operador lógico <i>And</i>		
			2° criterio:		
			Resumen		
			Subject:		
			<i>Health Services</i>		
			Operador lógico <i>And</i>		
			3° criterio:		
			Resumen		
			Subject:		
			Colombia		
			Fecha 18/01/2018		

Cuadro 1. Continuación.

PubMed	<i>Health Services</i> <i>Disabled Persons</i> <i>Argentina</i>	Ninguno	1° criterio: <i>Health service</i> <i>MeSH terms</i> 2° criterio: <i>Disabled Persons</i> <i>MeSH terms</i> Operador lógico And 3° criterio: Argentina <i>MeSH terms</i> Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	4
PubMed	<i>Health Services</i> <i>Disabled Persons</i> Brazil	Ninguno	1° criterio: <i>Health service</i> <i>MeSH terms</i> 2° criterio: <i>Disabled Persons</i> <i>MeSH terms</i> Operador lógico And 3° criterio: Brasil <i>MeSH terms</i> Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	76

Cuadro 1. Continuación.

PubMed	<i>Health Services</i> <i>Disabled Persons</i> Colombia	Ninguno	1° criterio: <i>Health service</i> <i>MeSH terms</i> 2° criterio: <i>Disabled Persons</i> <i>MeSH terms</i> Operador lógico And 3° criterio: Colombia <i>MeSH terms</i> Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	3
BVS	<i>Health Services</i> <i>Disabled Persons</i> Argentina	Ninguno	1° criterio: Título resumen asunto <i>Disabled Persons</i> Operador lógico And 2° criterio: Título resumen asunto <i>Health Services</i> 3° criterio: Título resumen asunto Argentina Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	20

Cuadro 1. Continuación.

BVS	<i>Health Services</i> <i>Disabled Persons</i> <i>Brazil</i>	Ninguno	1° criterio: Título resumen asunto Disabled Persons Operador lógico And 2° criterio: Título resumen asunto Health Services 3° criterio Título resumen asunto Brazil Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	189
BVS	<i>Health Services</i> <i>Disabled Persons</i> Colombia	Ninguno	1° Criterio: Título resumen asunto <i>Disabled Persons</i> Operador lógico And 2° Criterio: Título resumen asunto <i>Health Services</i> 3° criterio: Título resumen asunto. Colombia Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	59

Cuadro 1. Continuación.

Scopus	<i>Health Services Disabled Persons Argentina</i>	Ninguno	1° criterio: title/abstract/key words Disabled Persons Operador lógico And 2° criterio: title/abstract/key words Health Service Operador lógico And 3° Criterio: title/abstract/key words Argentina Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	4
Scopus	<i>Health Services Disabled Persons Brazil</i>	Ninguno	1° criterio: title/abstract/key words Disabled Persons Operador lógico And 2° criterio: title/abstract/key words Health Services Operador lógico And 3° Criterio: title/abstract/key words Brazil Fecha 18/01/2018	Años 2004-2016	39

Cuadro 1. Continuación.

Scopus	<i>Health Services</i>	Ninguno	1° criterio:	Años 2004-2016	5
	<i>Disabled Persons</i>		<i>title/abstract/key words</i>		
	Colombia		Disabled Persons		
			Operador lógico <i>And</i>		
			2° criterio:		
			<i>title/abstract/key words</i>		
			<i>Health Services</i>		
			Operador lógico <i>And</i>		
			3° Criterio:		
			<i>title/abstract/key words</i>		
			Colombia		
			Fecha		
			18/01/2018		
Total					497
					artículos
					Sin
					clasificar

Fuente: elaboración propia basada en las Pautas de los Cuadernos de Trabajo de Martinovich V. Revisión bibliográfica. Etapa Exploratoria y proyecto de investigación. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; 2015.

El primer reporte arrojó 497 artículos. Se seleccionaron los correspondientes a estudios de investigación, publicados en formato digital entre 2004 y 2016, que tuvieran como objeto central de estudio la discapacidad en Argentina, Brasil y Colombia, y que correspondieran a resultados de investigaciones con referencia empírica. Se excluyeron revisiones de la literatura, anuarios estadísticos, editoriales, tesis y comunicaciones de congresos.

Los artículos excluidos fueron 385: 16 no coincidían con el recorte geográfico propuesto, 165 se encontraban duplicados (71 de estos eran compartidos entre bases digitales), 34 no se ajustaban al diseño de artículos de investigación con base empírica, 159 no se referían a la discapacidad como objeto central de estudio (como aquellos relacionados

con la morbilidad vinculada a accidentes de tránsito; con la evolución de una enfermedad específica o referida a la vejez; estrategias de control de vectores o transferencias de riesgos económicos; entre otras temáticas) y 11 no se encontraban disponibles a texto completo.

Figura 1. Esquema descriptivo de la conformación del corpus documental.

Fuente: elaboración propia basada en las Pautas de los Cuadernos de Trabajo de Martinovich V. Revisión bibliográfica. Etapa Exploratoria y proyecto de investigación. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; 2015.

Luego de la aplicación de los criterios de inclusión y de exclusión sobre el corpus preliminar seleccionado, se procedió a la lectura de resúmenes y de títulos, tras lo cual se arribó a un corpus de 116 artículos. Se realizó una lectura horizontal y sistematización de los trabajos en forma de matriz, identificando unidades de registro, frases, párrafos, siguiendo el posicionamiento teórico y operacional propuesto, a fin de avanzar en la identificación de las principales unidades de sentido, lo cual que nos permitió categorizar los artículos en función de los objetivos planteados para nuestra investigación.

4.5 Categorías de análisis

Con el fin de agrupar los artículos científicos que conforman el corpus documental para su posterior análisis, fue confeccionada una matriz de sistematización de datos con las siguientes categorías de registro: datos de indexación, tipo de diseño y técnicas implementadas, objetivos, resultados y conclusiones. Se realizó un testeo de prueba con artículos preseleccionados para integrar el corpus, que posibilitó evaluar la pertinencia de las categorías que integran la matriz.

Se propone una segunda etapa de análisis centrada en el estudio de los diferentes modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad, para lo cual se plantea el uso de las categorías que se incluyen en el Cuadro 2. Allí se detallan las definiciones teóricas y operacionales de las categorías utilizadas para analizar los artículos que conforman el corpus documental.

En la categorización de las publicaciones, operó, además de una lectura horizontal que nos permitió identificar y clasificar las unidades de registro representativas de cada modelo teórico y enfoque metodológico, una lectura transversal del conjunto de todas las publicaciones, a fin de dilucidar sobre las unidades de sentido que trasuntan las diferentes investigaciones sobre la cuestión.

Cuadro 2. Categorías aplicadas en la caracterización, análisis e identificación de los modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad en las publicaciones.

Objetivo general	Objetivos específicos	Variable/Categoría	Definición teórica	Operacionalización de la variable/categoría	
Analizar principales modelos teóricos y propuestas metodológicas de abordaje de la discapacidad, en el ámbito de los servicios de salud en las investigaciones publicadas en Argentina, Brasil y Colombia, durante el período 2004-2016	I. Caracterizar los artículos científicos referidos a la discapacidad en función de su localización, tipo de diseños y técnicas de investigación implementados	Tipo de diseño de investigación	La metodología incluye simultáneamente la teoría de abordaje, el método, los instrumentos de operacionalización del conocimiento y la creatividad del investigador (Minayo, 2013)	Tipo de diseño cualitativo	Estudio de caso-etnográfico Narrativas-Investigación Acción Participativa-Análisis de contenido-
				Tipo de diseño cuantitativo	Individuado Poblacional Observacional-Experimental Transversal Longitudinal
		Tipo de técnica de investigación	Se refiere a aquellos instrumentos que permiten operacionalizar el conocimiento (Minayo, 2013)	Documental Encuestas Entrevistas Observación Escalas Test	
		Localización	A partir de los datos de publicación	Año de publicación País	

Cuadro 2. Continuación.

Analizar principales modelos teóricos y propuestas metodológicas de abordaje de la discapacidad en el ámbito de los servicios de salud presentes en las investigaciones publicadas en Argentina, Brasil y Colombia, durante el período 2004-2016	II. Analizar las características de los principales modelos teóricos que dan soporte al abordaje de la discapacidad, en el ámbito de los servicios de salud	Modelos teóricos de discapacidad	Representa da por los modos en que la discapacidad es definida y concebida (Vázquez Barquero, 2003)	Modelo médico biológico	Explicaciones centradas en las limitaciones individuales Concepto de rehabilitación física Objetivos centrados en aspectos de orden médico o biológico
				Modelo social	Factores ambientales Interacción déficit/entorno
				Modelo político activista	Escenarios contextuales, (vivienda, educación, trabajo, salud) Derechos civiles y garantías sociales Desigualdades sociales
				Modelo universal	Universalidad de la discapacidad como una situación común a todos los individuos Conductas estereotipadas, prejuicios y discriminación
				Modelo biopsicosocial	Componente: social, político, cultural, económico-físico, emocional Superación de estereotipos

Cuadro 2. Continuación.

Análisis de principales modelos teóricos y propuestas metodológicas de abordaje de la discapacidad, en el ámbito de los servicios de salud, publicadas en Argentina, Brasil y Colombia, durante el período 2004-2016	III. Identificar cuáles son los enfoques metodológicos, referidos al abordaje de la discapacidad, presentes en las investigaciones que componen nuestro corpus documental	Metodología de abordaje de la discapacidad	Comprende el nivel empírico o experiencial dentro de los niveles de comprensión de la discapacidad. La propuesta es entender la experiencia de la discapacidad según el propósito de la investigación, ya sea describir, interpretar, comprender o cambiar la experiencia de la discapacidad (Oliver, 2008)	Positivista Interpretativa Emancipadora	Estudios basados en las enfermedades- limitaciones individuales. Carácter descriptivo sobre la discapacidad Estudios de carácter cualitativo, propios de las ciencias sociales. Factores contextuales. Carácter interpretativo sobre la experiencia de la discapacidad Estudios basados en la experiencia de las PcD. Incorpora a las PcD en carácter de investigadores. Carácter emancipador de la discapacidad
--	---	--	---	---	--

Fuente: elaboración propia basada en las Pautas de los Cuadernos de Trabajo de Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, *et al.* Guía para la evaluación de la materia seminario de tesis. Maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud. Universidad Nacional de Lanús; 2011.

5. RESULTADOS Y DISCUSIONES

En esta sección se presentan los principales resultados a los cuales se arribó luego de una lectura y tratamiento pormenorizados de las publicaciones que componen nuestro universo en estudio, en función de los objetivos iniciales que guían nuestra investigación.

Este apartado pretende brindar un panorama de la producción de las publicaciones referidas a la temática elegida, a fin de trazar un camino que nos permita integrar opiniones, conceptos e ideas, a partir de la revisión de investigaciones referidas a discapacidad, en el contexto de los países seleccionados, en coordenadas de tiempo y espacio.

Cabe señalar que no se pretende llegar a un conocimiento de la realidad concreta en términos de la totalidad de la producción de investigaciones referidas a discapacidad en Argentina, Brasil y Colombia. Por el contrario, esta será abordada a partir de un recorte del tema, delimitado en función de un propósito de estudio, a modo de dar cuenta de un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto, pero reconociendo la singularidad de trabajar sobre una realidad fragmentada que, aunque analizable en sus distintas dimensiones, forma parte de una materialidad mucho más abarcadora.

En primer término, iniciamos este apartado con la caracterización del corpus documental con fines descriptivos, con el propósito de referenciar, en tiempo y espacio, las publicaciones que componen nuestro universo en estudio. En segundo término, se presentan las principales técnicas de investigación implementadas y su relación con los diversos enfoques metodológicos, a partir de los cuales se intenta abordar la experiencia de la discapacidad en las investigaciones, para luego avanzar sobre aquellos aspectos de carácter analítico vinculados a modelos teóricos de discapacidad y su representación en las publicaciones.

Finalmente, y en un último nivel de análisis, intentaremos lograr una síntesis interpretativa de los resultados presentados, a fin de integrar cuáles han sido los principales hallazgos, puntos comunes y distinciones que se desprenden de nuestra investigación.

5.1 Caracterización de los artículos según su localización y año de publicación

En esta sección se presentan los resultados hallados en el corpus documental con un propósito descriptivo: caracterizar las publicaciones de acuerdo con su año de difusión y con el país donde se sitúan las investigaciones.

En la Tabla 1 se presenta una síntesis de los datos obtenidos a partir de la sistematización de las publicaciones que componen nuestro universo en estudio, lo cual nos permitió arribar a su

conocimiento general y descriptivo, de acuerdo con la delimitación geográfica y temporal propuesta.

Tabla 1. Localización y año de publicación de las investigaciones referidas a discapacidad en Argentina, Brasil y Colombia entre 2004 y 2016.

Año de Publicación	Argentina	Brasil	Colombia	Total
2004	—	1	—	1
2005	—	1	1	2
2006	—	5	2	7
2007	—	6	—	6
2008	—	7	—	7
2009	—	5	1	6
2010	—	6	3	9
2011	—	8	5	13
2012	—	6	4	10
2013	—	11	2	13
2014	1	9	2	12
2015	3	16	—	19
2016	—	7	—	7
Total	4	88	20	112

Fuente: elaboración propia.

De este modo, y a partir de la reconstrucción de los datos obtenidos, podemos observar diferencias cuantitativas en cuanto a la localización de las publicaciones.

Así, la República de Brasil se sitúa como el país que en forma proporcional presenta mayor cantidad de publicaciones referidas a la discapacidad en el contexto de ese país, lo cual representa el 78% del total. Le siguen las publicaciones referidas a la discapacidad en Colombia (un 18%), mientras que las publicaciones referidas a la discapacidad en Argentina representan el 4% y del total.

Figura 2. Distribución porcentual de las investigaciones según el país de referencia.

■ Argentina ■ Brasil ■ Colombia

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la República Argentina representa solo el 4% de las publicaciones; en situación intermedia, pero comparativamente con números que representan valores menores que la cuarta parte del total, se encuentra Colombia, lo que da cuenta de la necesidad de profundizar las investigaciones que aborden la problemática de la discapacidad en los ámbitos regionales de estos dos países, particularmente en la República Argentina.

Cabe destacar que la República de Brasil posee un perfil dominante en cuanto a la producción científica publicada, con un número de revistas indexadas en base de datos internacionales mayoritaria, respecto del resto de los países que integran la región de Sudamérica.

Entre otros de los aspectos significativos que se desprenden de una lectura horizontal de los datos presentados en la Tabla 1, se observa que la distribución de las publicaciones no es uniforme a lo largo de los años.

Figura 3. Distribución de las investigaciones según el año de publicación.

Fuente: elaboración propia.

Tal como se deduce de la representación de los datos obtenidos a partir de la sistematización de las investigaciones en la Figura 3, se observa una tendencia en aumento en cuanto a la cantidad de investigaciones publicadas a partir del 2004, con valores que tienden a dispersarse entre 2008 y 2016, pero que aun así muestran una tendencia en aumento a lo largo de este período. Si bien en la delimitación de nuestro objeto de estudio, se contempló un periodo de tiempo anterior a la aprobación de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad, el 13 de diciembre del 2006 y de su entrada en vigencia a partir del 2008, la cantidad total de artículos publicados en el período 2004- 2008, es poco representativa para establecer diferencias cualitativas vinculadas al impacto de esta normativa, sobre las investigaciones.

Como ya fue mencionado al inicio de esta sección, esta descripción representa solo una muestra de la totalidad de las investigaciones referidas a discapacidad en el contexto de los países seleccionados y no pretende arribar a un conocimiento de la totalidad de las investigaciones sobre esta temática publicadas por estos países.

Los datos hasta aquí presentados nos dan un indicio de una dimensión explicada en términos cuantitativos solo con fines descriptivos y que merecen ser contextualizados según perfiles académicos dominantes, la capacidad de producción científica de cada país, dada por la posibilidad de apropiación de la tecnología disponible y el acceso a estándares de producción y publicación de contenidos, en revistas científicas (Martinovich, 2016). Y de

acuerdo al impacto de la discapacidad en la historicidad de cada región y su reflejo en la dimensión de las políticas públicas, entre otros múltiples factores que pueden sustentar estos hallazgos.

A continuación, y con el objetivo de analizar cómo ha sido construido el conocimiento acerca del fenómeno de la discapacidad en las investigaciones, nos centraremos en la dimensión técnico-instrumental del abordaje de la discapacidad en las publicaciones.

5.2 Caracterización de las investigaciones según modalidades de abordaje aplicadas al estudio de la discapacidad

Durante este apartado, como forma de particularizar la dimensión técnico-instrumental del abordaje de la discapacidad en el contexto de los países seleccionados y en el período que se desea abordar, nos focalizaremos en su descripción de acuerdo con los diseños metodológicos y técnicas de investigación implementadas.

Como una de las características principales que surge luego de la lectura de las investigaciones, se destaca entre estas la centralidad de los abordajes cuantitativos por sobre aquellos diseños de abordaje cualitativo. En términos numéricos fueron identificados 75 diseños de abordaje cuantitativo y 32 diseños de abordaje cualitativo respectivamente.

A su vez, fueron identificadas solo 5 publicaciones que integran técnicas de análisis cualitativas y cuantitativas en un mismo proyecto de investigación: (Aragão *et al.*, 2014; Venturini, Decesaro & Marcon, 2006; Castro, Ciesa & Cesar, 2011; Machado *et al.*, 2013). Estos trabajos combinan métodos estadísticos con diversas técnicas de análisis cualitativas (principalmente, análisis de discurso y análisis temático de contenido), aplicados sobre distintos factores contextuales y aspectos subjetivos referidos a la temática en estudio.

5.2.1. Diseños de investigación cuantitativos

Como característica del período se destaca la centralidad de los abordajes cuantitativos y la encuesta individual como forma de acceder al conocimiento de la situación de la discapacidad, característica que se mantiene en los cuatro países en estudio.

Entre los diseños cuantitativos redundan los diseños no experimentales, de corte transversal, principalmente de carácter descriptivo y observacional.

Los abordajes cuantitativos son aplicados primordialmente para determinar prevalencias o para describir perfiles epidemiológicos y de morbilidad asociados a la discapacidad.

Los datos primarios son recuperados, en mayor medida, a partir de encuestas,

cuestionarios cerrados estructurados a nivel poblacional o a nivel individual, o a partir de fuentes documentales (entre estas, historias clínicas o registros hospitalarios).

Prevalece el uso de distintas técnicas estadísticas, test o escalas de medición, aplicados sobre diversos factores que se desean cuantificar o describir. Entre estos, los estudios de costos económicos directos o indirectos, los estudios de validación de escalas psicométricas o instrumentales, entre otras investigaciones, que intentan hacer visible u objetivable la magnitud de la discapacidad o de alguna problemática derivada de esta temática.

Se destaca en el período, la aplicación de métodos hipotéticos deductivos; de este modo podemos hablar del predominio del lenguaje estadístico entre las publicaciones como lenguaje articulador de distintos problemas que se desean abordar.

5.2.2 Diseños de investigación cualitativos

A continuación, nos focalizaremos en el uso de los diseños de abordaje cualitativo aplicados al campo de la discapacidad en las publicaciones.

El uso de diseños de abordaje cualitativo representa un conjunto de publicaciones minoritario respecto de los diseños de abordaje cuantitativos. Estos son utilizados principalmente en el estudio de las relaciones, representaciones, creencias y percepciones que se viven y se construyen en torno a este fenómeno.

Entre las principales técnicas de análisis instrumentadas para abordar la experiencia de la discapacidad, se destacan el análisis temático de contenido, el análisis de discurso, el trabajo con narrativas, el estudio de caso y las investigaciones etnográficas.

La entrevista semiestructurada y la entrevista en profundidad se configuran como las técnicas de investigación privilegiadas para explorar sobre la experiencia de las personas con discapacidad y, en segundo término, se sitúan las investigaciones que utilizan la observación directa y el análisis documental.

En cuanto a la finalidad con que son utilizados los métodos de abordaje cualitativo en los proyectos de investigación, estos indagan sobre los comportamientos y expectativas de quienes tienen una discapacidad o de los de su entorno cercano, a fin de poner en juego su significado, entre los actores que participan de un determinado proceso, a partir del trabajo con narrativas, (Moreira *et al.*, 2013; Barbosa, Guimarães & Freitas, 2013), o mediante la técnica de estudio de caso (Figueredo & Damas, 2015; Borges *et al.*, 2007; Simonelli & Camarotto, 2011), a partir del trabajo con grupos focales (Riberto *et al.*, 2010), (Buitrago Echeverri, Ortiz Rodriguez & Eslava Albarracín, 2010; Pereira & Santos, 2012), o mediante

el proceso de investigación de acción participativa (Moreno Angarita *et al.*, 2013; Castro & Maxta, 2010; Simonelli & Camarotto, 2011; Moreno Fergusson *et al.*, 2006; Alvarado, Moreno & Rodríguez, 2009).

El análisis temático de contenido (Lima, 2016; Guerra *et al.*, 2015; Lima & Lima, 2009; Tedesco & Junges, 2013; Sales, Oliveira & Araújo, 2013; Pereira & Fortes, 2010; Venturini, Decesaro & Marcon, 2006; Rodrigues, Marinho & Amorim, 2010; Ianni & Pereira, 2009; Fiorati & Elui, 2015; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013; Machado *et al.*, 2013) y el análisis de discurso, (Othero & Dalmaso, 2009; Holanda *et al.*, 2015) son utilizados para el análisis del contenido textual aplicado, principalmente en entrevistas, o en contenidos de soporte documental en menor medida.

Mientras que aquellas investigaciones que utilizan la etnografía como técnica de investigación se sitúan, mayormente, en contextos de institucionalización o en distintos dispositivos de inclusión social y dan cuenta del modo en que las personas comprenden su experiencia de vida (Córdoba Andrade, Gómez Benito & Verdugo Alonso, 2008; Barlott *et al.*, 2014; Pereira, Furegato & Pereira, 2005; Moreira *et al.*, 2013; Iwahashi *et al.*, 2015; Cavalcante, Marinho & Bastos, 2009).

5.2.3 Enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad

Para finalizar esta sección, realizaremos una breve síntesis a fin de integrar algunos aspectos de la dimensión técnico-instrumental y su relación con los enfoques metodológicos, como forma de aproximación a la experiencia de la discapacidad. En este sentido, Mike Oliver (2008) identifica distintas teorías dominantes y alternativas, aplicadas al estudio de esta temática.

En primer término, las investigaciones de orden positivista proponen el estudio de la discapacidad a partir del uso de técnicas diseñadas para probar la existencia de determinados problemas de adaptación individual y emplean nociones o conceptos de orden biológico u orgánico, características del campo de la biomedicina, en sus explicaciones.

Como alternativa y en concordancia con el advenimiento del modelo social de la discapacidad, los factores contextuales adquieren un rol central en su estudio. El objeto principal es ocuparse de identificar cómo la sociedad incapacita a las personas, a su vez que propone la necesidad de interpretar cuáles son los significados que cada individuo le otorga a esta situación. Por otro lado, entre las críticas que realiza a las investigaciones de corte positivista e interpretativa se observa que la investigación sobre la discapacidad nunca ha

sabido integrar a las personas con discapacidad, a no ser como objetos pasivos para entrevistas y observaciones diseñadas por investigadores con escasa incorporación de las experiencias de la realidad cotidiana. En estos términos propone como categoría emergente la investigación emancipadora.

En consecuencia, y analizando sucintamente las características de las investigaciones que componen nuestro corpus documental, se destaca entre las publicaciones la centralidad de los abordajes cuantitativos y la encuesta individual como forma de acceder al conocimiento de la situación de la discapacidad. Predomina el lenguaje estadístico y la utilización de métodos que intentan tornar objetivables y mensurables los aspectos de la realidad que se desea abordar, aun aquellos factores sociales o contextuales que la integran. A partir de esto podríamos decir que, entre las publicaciones que conforman nuestro universo en estudio, predomina una dialéctica de razonamiento de corte positivista, que sostiene lógicas de razonamiento hipotético deductivas, que tuvieron y tienen aún mucha presencia en nuestros días.

A su vez, entre los diseños de abordaje cualitativos se observa el empleo de recursos de carácter interpretativo, rasgo especialmente representado en el uso de la transformación de los datos descriptivos en datos interpretativos, como forma de percibir y de abordar la realidad, narrada principalmente por sus protagonistas, y recuperada a partir del uso de diversas técnicas de análisis e investigación, aplicadas a una realidad multirreferencial, y cambiante como la que deseamos abordar.

Y para finalizar, destacamos que no se han recuperado publicaciones que incorporen a las propias personas con discapacidad en carácter de investigadores, tal como se plantea desde la perspectiva del enfoque emancipador. De este modo nos surge el interrogante sobre cuáles serían las temáticas por explorar, y el valor de sus aportes dentro de los procesos de investigación.

5.3 Características de los principales modelos teóricos que componen el corpus documental

Se presenta, en esta sección, el análisis de las características de los diferentes modelos teóricos que portan las investigaciones que componen nuestro corpus documental.

Este apartado se subdivide en el análisis centrado en cada modelo en forma desagregada, a fin de estudiar cuáles han sido las representaciones de estos en las publicaciones, para finalizar en clave de síntesis, a modo de integrar las distintas dimensiones

observadas tras el análisis.

En este punto es relevante aclarar que nuestra referencia a los modelos como aquella representación que refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención (Álvarez González & Bisquerra Alzina, 1997) no es interpretada de forma rígida o estática, como dicotomía modelo médico-social, ya que tanto un modelo como otro no son homogéneos y presentan a su vez muchas variantes.

El modelo social, en su formulación original, es planteado como una cuestión de lucha política por el reconocimiento social como minoría discriminada, por razones biológicas. En la actualidad ha dado lugar a una multiplicidad de discursos desde la sociología, la antropología y la psicología (entre otras disciplinas), que han gestado nuevas miradas sobre la discapacidad.

En este sentido, Oliver (1998) realiza la diferenciación entre teorías funcionalistas e interaccionistas, para entender la naturaleza de la discapacidad, desde un origen individual o como desviación social, a su vez que identifica distintas teorías en conflicto, entre ellas, la explicación de la discapacidad dentro de las relaciones sociales de producción, o entendida dentro de un esquema de representaciones sociales y culturales.

En su capacidad de establecer representaciones y claves de lectura de la realidad (que amplía la dicotomía modelo médico-social), asumimos el marco referencial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (Herrera Castanedo, Vazquez Barquero & Gaite Pintado, 2008) como marco referencial de nuestra investigación, a modo de interpretar y diferenciar qué aspectos de la discapacidad son retratados en las publicaciones. Podemos distinguir un modelo biológico, un modelo social, un modelo político, un modelo universal y un modelo biopsicosocial. Cada uno de estos se propone en forma complementaria y refleja el carácter dinámico de la discapacidad más que una condición estática o permanente en la cual se reproducen los propios procesos sociales que enmarcan la vida de las personas.

En el Apéndice B se presenta la totalidad de la matriz de sistematización correspondiente, utilizada para clasificar las publicaciones de acuerdo con los diferentes constructos que distinguen los modelos entre sí, representados en párrafos o en unidades de registro.

En la categorización de las publicaciones operó, además de una lectura horizontal que nos permitió identificar y clasificar las unidades de registro representativas de cada modelo, una lectura transversal de cada publicación, a fin de dilucidar sobre las unidades de sentido que trasuntan las investigaciones.

Fueron identificadas 38 publicaciones con características que hacían alusión a particularidades propias del modelo biológico, 30 fueron referenciadas con el modelo social, 13 con el modelo político, mientras que 9 y 10 presentan atributos del modelo universal y del modelo biopsicosocial respectivamente. A su vez, 12 publicaciones compartían características entre diferentes modelos.

A continuación, analizaremos los artículos teniendo en cuenta definiciones de discapacidad presentes en las investigaciones, principales objetos de estudio, metodología de abordaje y principales conclusiones que comparten las publicaciones, a fin de establecer las características propias de cada modelo presente en estas.

5.3.1 Modelo biológico

En el modelo médico biológico, la discapacidad se presenta como síntoma del déficit producido por una enfermedad, trauma o alteración del funcionamiento del individuo, que lo inhabilita para una vida normal. Es el individuo el que debe adaptarse a las exigencias que la sociedad le impone, por lo que las medidas terapéuticas se tornan compensatorias del déficit padecido (Herrera Castanedo, Vazquez Barquero & Gaite Pintado, 2008). Este se sitúa en el nivel inmediato del sujeto y de su cuerpo, y centra las explicaciones en el plano individual.

A continuación, presentaremos algunos fragmentos tomados de la matriz de análisis que se presenta en el Apéndice B correspondiente.

Cuadro 3. Modelo biológico de la discapacidad. Síntesis de resultados.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Mendelevich A, Kramer M, <i>et al.</i>	2015	“Realizar un análisis epidemiológico de los pacientes con amputaciones que concurrieron al Servicio de Kinesiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica entre los años 2009 y 2013: estudio retrospectivo, observacional y transversal”. p. 384.
Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, <i>et al.</i>	2014	“Se define niño con discapacidad motora a todo aquel que presenta alguna alteración en su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema óseo, articular, muscular y/o nervioso, y que, en grados variables, limita alguna de las actividades que puede realizar el resto de los niños de su misma edad”. p. 245.

Cuadro 3. Continuación.

Lima MLLT, Lima MLC.	2009	“Debido a la condición de salud en que se encuentra el paciente con necesidades especiales, la madre y el cuidador deben ser informados y estimulados respecto de los beneficios de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida”. p. 202 (traducción libre de la autora).
Lima MLLT, Lima MLC.	2009	“Las deficiencias físicas asociadas a los accidentes y violencias justifican la importancia de estudiar los servicios de rehabilitación física”. p. 598 (traducción libre de la autora).
Venturini DA, Decesaro MDN, <i>et al.</i>	2008	“Con relación a sus necesidades diarias, identificamos, entre ellos, mayor independencia para alimentación, evacuaciones e higiene oral y corporal y mayor dependencia en su movilidad. La atención a las necesidades específicas del sujeto con LM se constituye en un desafío a los profesionales de salud”. p. 219.
Obando Ante LM, Lasso Benavides AE, <i>et al.</i>	2006	“Estimar la prevalencia de discapacidad en una población en situación de desplazamiento”. p. 182. “La prevalencia de discapacidad en la población estudio fue del 8,5 % respecto de los tipos de discapacidad; se encontraron prevalencias de 5,6; 0,7 y 1,2 % para discapacidad física, sensorial y mental respectivamente”. p. 182.

Fuente: elaboración propia.

En referencia al conjunto de las publicaciones presentadas en el Cuadro 3, las definiciones utilizadas y los objetivos planteados nos permiten recuperar las ideas centrales y construcciones vinculadas al abordaje de la discapacidad, presentes en los artículos que componen nuestro corpus documental.

La utilización de determinados elementos técnicos y de modos de clasificar la discapacidad nos permite acceder a uno de los posibles frentes, a partir del cual puede abordarse el estudio de este fenómeno tan complejo y en constante movimiento.

De manera general, puede observarse un uso del lenguaje técnico-biomédico como elemento estructurador de los problemas que se desean abordar. Entre las investigaciones, se proponen objetivos vinculados a medir la prevalencia de la discapacidad, a partir del déficit de

una función o de una estructura corporal manifiesta. En cuanto a la metodología predominante en este subconjunto de investigaciones se observa el predominio de los abordajes de tipo cuantitativos y, principalmente entre estos, los estudios de corte transversal.

Asimismo, se evidencia un creciente interés acerca de la discapacidad como tendencia epidemiológica en aumento, asociada a la evolución de las enfermedades crónicas, o ligadas a causas externas, como los accidentes de tránsito, o a diferentes situaciones de violencia (Lima & Lima, 2009; Obando Ante *et al.*, 2006; Silva, Picasso & Rosito, 2015).

Se reconoce a su vez la importancia que se le da al costo de la discapacidad y su impacto sobre la economía de los países a nivel institucional, familiar o individual (Hernández Jaramillo & Hernández Umaña, 2005).

La importancia de la rehabilitación se asocia fundamentalmente a la recuperación de las funciones físicas (Lima & Lima, 2009; Borges *et al.*, 2007; Pinto & Faria, 2016; Gavazza *et al.*, 2008; Riverto *et al.*, 2012). En este sentido, los ámbitos en los cuales se contextualizan las investigaciones se sitúan principalmente en el ámbito médico e institucional y en determinados espacios diferenciados en los que acontece la vida de las personas con discapacidad.

En cuanto a la forma en la cual se nombra a las personas con discapacidad a lo largo de las publicaciones, esta consideración pone de manifiesto determinadas visiones subyacentes. Si bien entre las definiciones teóricas u operacionales aún subsiste la utilización de diferentes maneras de nombrar la situación de la discapacidad sea en referencia a la adjetivación de una circunstancia concreta de la persona (como ser “discapacitados”, “deficientes” o “personas con necesidades especiales”) o en referencia a una situación de normalidad (Frota, Gavião & Aguiar, 2015; Rodríguez Celín *et al.*, 2014; Arrué *et al.*, 2014; Rossi-Barbosa *et al.*, 2007; Barros & Santos, 2014), el uso del término “persona con discapacidad”, vinculado con la integridad individual, es ampliamente empleado.

En relación con las ideas centrales y construcciones relacionadas con el abordaje de la discapacidad en las publicaciones, no todas las investigaciones presentadas en este apartado se circunscriben exclusivamente a este plano de ideas.

Entre las principales conclusiones a las que arriban los trabajos, se pueden mencionar aquellas que sostienen la relación entre diversos perfiles funcionales de discapacidad. Sin embargo, (Frota, Gavião & Aguiar, 2016; Padilla Muñoz *et al.*, 2013; Obando Ante, Lasso Benavides & Vernaza Pinzón, 2006) reconocen entre las características de los problemas que afrontan las personas con discapacidad distintos factores contextuales, que inciden sobre esa situación. Por consiguiente, se visualiza también la relación con diferentes actores sociales o se sitúa la problemática en el marco

Lini M. Modelos teóricos y enfoques metodológicos de abordaje de la discapacidad: Una revisión de artículos científicos de Argentina, Brasil y Colombia, publicados en el período 2004-2016. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

de las políticas públicas de los países a los cuales se refieren. (Rodríguez Celin *et al.*, 2014; Lima *et al.*, 2015; Lima & Lima, 2009).

Si bien los trabajos mencionados precedentemente suponen contribuciones importantes para la mejora de la vida de las personas con discapacidad, lo que de alguna manera intentamos resaltar es el uso de determinados elementos que por sí solos permiten abordar el estudio de la discapacidad solo desde uno de los posibles frentes de una realidad compleja y dinámica. Y en particular, en los artículos que componen este apartado, se destaca como un núcleo explicativo central, la trascendencia de la individualización del fenómeno de la discapacidad.

5.3.2 Modelo social

El modelo social de la discapacidad se propone como resultado de un conjunto de condiciones y relaciones interpersonales que reconocen las desventajas que la vida social trae al individuo. El eje principal de este modelo ya no estaría centrado en el déficit en sí mismo, sino en los factores contextuales y ambientales que causan que alguna característica, real o no, produzca o sea entendida como de déficit con el entorno (Herrera Castanedo, Vázquez Barquero & Gaite Pindado, 2008).

En efecto, presentaremos a continuación un fragmento de los resultados que aluden a distintas ideas centrales del modelo social de la discapacidad, tal como es interpretado desde nuestro marco conceptual de referencia.

Cuadro 4. Modelo social de la discapacidad. Síntesis de resultados.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
De Azevedo TR, Valdevino SC, <i>et al.</i>	2015	“Por lo tanto, se sugiere que las instituciones de salud se adapten a las mejoras en materia de accesibilidad para que las personas con discapacidad física puedan ejercer sus derechos como ciudadanos, garantizando la seguridad, la autonomía y el bienestar”. p .310.
Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, <i>et al.</i>	2014	“Cabe remarcar las dificultades encontradas para conseguir vacantes en las escuelas, o la necesidad de cambios de escuela, debido a sus alteraciones locomotoras. La ausencia de rampas, así como la ubicación de las aulas en pisos altos, fueron hallazgos frecuentes. Otras potenciales barreras encontradas son la ausencia de certificado de discapacidad y/o la falta de obra social”. p. 248.

Cuadro 4. Continuación.

Aragão JS, Magalhães IMO, <i>et al.</i>	2014	“Presentar las dificultades en el acceso de la población sorda a los servicios de atención básica y la percepción de los gerentes de las unidades de salud al respecto”. p. 90 (traducción libre de la autora).
Rocha LL, Vieira SL, <i>et al.</i>	2013	“La cultura organizacional, la arquitectura, la geografía y las barreras comunicacionales restringen la demanda en el uso de los servicios de salud bucal en este segmento social”. p. 12 (traducción libre de la autora).
Serrano RCP, Camargo LDM.	2011	“Dentro de estas, se han mencionado factores físicos como barreras de accesibilidad, factores personales-sociales relacionados con actitudes y factores políticos, entre los que se identificaron la destinación insuficiente o inadecuada de recursos, la inexistencia del tema en los proyectos educativos institucionales y la falta de capacitación docente”. p. 294.
Siqueira FCV, Facchini LA, <i>et al.</i>	2009	“El envejecimiento poblacional, el aumento de la demanda por parte de los ancianos, el aumento de los padecimientos crónicos y la utilización de las unidades de salud por parte de personas con deficiencia física tornan indispensable la intervención institucional en el sentido de calificar y promover mejoras en la estructura de las unidades de salud”. p. 39 (traducción libre de la autora).

Fuente: elaboración propia.

Este conjunto de trabajos da cuenta de un agregado heterogéneo de publicaciones, que sin embargo comparten un perfil de jerarquización de la problemática, en torno a la identificación de factores del entorno, que se constituirán en barreras o facilitadores del acceso de las personas con discapacidad a diferentes escenarios contextuales, entre estos los servicios de salud.

Diversos trabajos destacan la centralidad del eje de la accesibilidad a diferentes contextos, a partir del uso de elementos diferenciadores como sexo, raza, edad, o variables sociodemográficas, que pueden tener implicancias importantes sobre esta dimensión. Asimismo, las experiencias vivenciales ofrecen una base de entendimiento respecto de las barreras en diferentes niveles de acceso (Freire *et al.*, 2009; Rocha, Vieira & Pimentel, 2015;

Sales, Oliveira & Araújo, 2013; Castro *et al.*, 2011; Pintanel, Gomes & Xavier, 2013) y ofrecen una posición privilegiada que posibilita analizar las características de los servicios de salud a partir de la incorporación de la mirada de los usuarios.

Se visualiza un marcado interés en los temas vinculados a la gestión de distintos niveles del sistema de salud. Las asimetrías reproducidas por el sistema de salud en el trato entre los profesionales y usuarios que concurren a los centros asistenciales son visibilizadas como factores determinantes en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Las capacidades y habilidades de los profesionales de la salud relacionados con los aspectos lingüísticos son notables en este grupo de publicaciones. (Aragão *et al.*, 2014; Pereira & Fortes, 2010; Tedesco & Junges, 2013; Machado *et al.*, 2013; Souza & Pimentel, 2012; Pagliuca, Aragón, Almeida, 2007; Áfio *et al.*, 2016).

Además de los problemas en la estructura física, la importancia de las adversidades culturales y las características organizacionales, se resalta la falta de conocimiento generalizado acerca de la discapacidad entre quienes se desempeñan como trabajadores del sistema de salud (Freire *et al.*, 2009; Rocha *et al.*, 2015; Siqueira *et al.*, 2009; De Azevedo *et al.*, 2015; Lawrence *et al.*, 2014).

A lo largo de las publicaciones se analiza el impacto que generan estas condiciones adversas sobre la salud. En consecuencia, la existencia de estas barreras se configura como procesos de exclusión y de restricción social, reflejados en un deterioro significativo de la calidad de vida de las personas. (Silva *et al.*, 2013; Iwahashi *et al.*, 2015; Siqueira *et al.*, 2009; Freire *et al.*, 2009 ; Amaral *et al.*, 2013).

Además de las investigaciones que se focalizan en las dificultades relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud, la inserción de las personas con discapacidad en otros ámbitos (laborales, educativos, cívicos) también es analizada desde esta perspectiva situacional. (Tette, Freitas & Oliveira, 2014; Simonelli & Camarotto, 2011; Rodriguez Celin *et al.*, 2014). La participación en estos escenarios también se vincula con diferentes tipos de prácticas que profundizan el aislamiento de este grupo.

En relación con las técnicas de investigación, si bien sobresalen los estudios de abordaje cuantitativos, se visualizan estudios que utilizan el análisis temático de contenido, el análisis de discurso, la etnografía o el estudio de caso para abordar la experiencia de la discapacidad.

Los resultados de los estudios coinciden en sus conclusiones, en lo que respecta a la necesidad de contribuir a la planificación e implementación de políticas públicas para reducir las barreras en la participación o en el acceso a los servicios de salud, ya sea para disminuir el grado de exclusión o para mejorar la salud de las personas con discapacidad.

En este sentido es relevante señalar que, en la concepción de la discapacidad presente en las publicaciones, ésta es definida a partir de una imposibilidad o limitación que surge a partir de la interacción con prácticas y servicios organizados por y para gente sin discapacidad.

Finalmente, si bien se incorporan distintos núcleos explicativos, que amplían de alguna manera la mirada acerca de la discapacidad, se mantiene en estas publicaciones una primacía de la mirada individual, en la interrelación que presupone la asociación de un determinado déficit con el entorno.

5.3.3 Modelo político

Este modelo propone el problema de la discapacidad a partir de las barreras que encuentra esta persona para acceder a los diferentes escenarios contextuales: educación, trabajo, vivienda, entre otros. En este marco, las garantías y las políticas adquieren un rol central en la inclusión de las personas con discapacidad a la vida en sociedad. (Herrera Castanedo, Vazquez Barquero & Gaite Pintado, 2008).

Sobre la base de lo mencionado, presentaremos a continuación algunos fragmentos sobresalientes de las publicaciones que se refieren a algunas de las características del modelo político.

Cuadro 5. Modelo político de la discapacidad. Síntesis de resultados.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Pantano L.	2015	“Se arribó a la conclusión de que los hogares con presencia de discapacidad son más deprimidos y que, al parecer, la circunstancia de la discapacidad agudiza la situación de pobreza, ya sea por los costos diferenciales que supone la atención a la discapacidad [...], por la falta de capacitación y acceso al trabajo o por el desaliento al trabajo de familiares, pero también por la falta de redes sociales o asistencia y el apoyo de organismos del Estado [...]”. p. 58.
Ríos A, Miguel Cruz A, <i>et al.</i>	2013	“El principio de justicia distributiva puede lograrse mediante el incremento y optimización de los recursos locales en asistencia tecnológica. El resultado del estudio muestra diferencias en la provisión de necesidades de asistencia tecnológica entre quienes pertenecen a un estrato socioeconómico, o rango de edad, o presentan algún tipo de limitación, y que también tienen derechos a los beneficios de la asistencia tecnológica”. p. 443 (traducción libre de la autora).

Cuadro 5. Continuación.

Cavalcante FG, Marinho ASN, <i>et al.</i>	2011	“Las diferentes formas de violencia y de violación de derechos, cuando están asociadas a la pobreza, a las desigualdades en la renta y en la escolaridad de los padres, la falta de infraestructura y de condiciones precarias o inexistentes de vivienda desafían a las instituciones que actúan en el campo de la deficiencia a diversificar sus recursos y estrategias”. p. 54 (traducción libre de la autora).
Molina Marín G, Jiménez Campiño SA, <i>et al.</i>	2010	“Analizar las características de las acciones de tutela en salud interpuestas por usuarios de los servicios de salud de la ciudad de Leticia, localizada en la Amazonia colombiana”. p. 335.
Lima MLLT, Lima MLC.	2009	“Entre los coordinadores de los municipios, en cuya estructura está incluida la Política Nacional de Salud de las Personas con Deficiencia, apenas cuatro afirman conocerla, aunque no pueden detallar en qué situación adquirieron ese conocimiento”. p. 604 (traducción libre de la autora).
Gaspar JC, Oliveira MAC, <i>et al.</i>	2007	“Se buscó comprender cómo las desigualdades sociales y de salud se expresan en el perfil de la salud y enfermedad de personas, con pérdidas funcionales y dependencia, atendidas en el domicilio por equipos de Salud de la Familia en los distritos administrativos del municipio de São Paulo. Los distritos fueron agrupados en relación con el Índice de Exclusión Social por medio de un análisis de <i>cluster</i> , seguida de la descripción estadística de las variables, comparándolas entre sí”. p. 619.

Fuente: elaboración propia.

Para el análisis de los modelos teóricos presentados hasta el momento, hemos definido un conjunto de elementos conceptuales que caracterizan las diversas dimensiones puestas en juego y que atraviesan esta experiencia en las publicaciones. Estos representan no solo ámbitos concretos y vivenciales, sino también la propia mirada de quienes se disponen a investigar y a escribir sobre la discapacidad.

Desde esta perspectiva teórica (centrada en los mecanismos de construcción de los procesos sociales), la trayectoria de la discapacidad es el resultado de la interacción de un conjunto amplio de actores involucrados, que incluyen factores individuales interrelacionados

con un entorno en un sentido amplio. La discapacidad es entendida en este marco como una situación, en la cual se conjugan dimensiones políticas, económicas e institucionales.

La noción de ciudadanía de las personas con discapacidad es entendida como el proceso de apropiación y conquista de los derechos que deben tener y ejercer los individuos con discapacidad. Se podrían diferenciar en este sentido dos tipos de ciudadanía: una pasiva, otorgada por los poderes del Estado hacia los integrantes de la sociedad; y una ciudadanía activa, que comprende la apropiación de los derechos por parte de los individuos y que se plantea en un sentido opuesto al anterior, o sea, desde las bases hacía las estructuras gubernamentales (Turner, 1990). En relación con la participación social de las personas con discapacidad y con sus posicionamientos y capacidades como actores sociales, en las experiencias retratadas se trabaja con la concepción de la “discapacidad” como grupo minoritario o marginado, pero siempre situada en un rol pasivo u objetivada lejos de la acción político-social.

La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que produce colectivamente condiciones de vida, ya sea la cuota de bienestar a las que pueden acceder los grupos o la de sufrimiento que pueden padecer estos como consecuencias de sus carencias, no se refiere solo a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera (Breilh, 2009). Las inequidades en el acceso al sistema de salud surgen en las publicaciones, entre otras situaciones de desigualdad social que condicionan la trayectoria de la discapacidad en diferentes contextos, y dan cuenta del grado de incumplimiento de los diferentes tratados y normas que garantizan el respeto por la autonomía y por los derechos humanos de las personas con discapacidad, (Pantano, 2015; Simonelli & Camarotto, 2011; Angarita *et al.*, 2013; Hernández Jaramillo & Hernández Umaña, 2005; Aragão *et al.*, 2014; Gaspar, Oliveira & Duayer, 2007; Molina Marin *et al.*, 2010, Dos Santos & Fernandez, 2014; Cavalcante, Marinho & Bastos, 2009; Souza & Carneiro, 2007).

Las consecuencias de la focalización de las políticas sociales orientadas a la discapacidad, hacen precisa, la articulación efectiva de las acciones, servicios y programas proporcionados por el estado, a fin de avanzar sobre la universalidad en las políticas públicas, en concordancia a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, (Souza & Carneiro, 2007).

Las referencias a las garantías y leyes que sustentan los derechos civiles se mencionan para señalar diferentes grados de su incumplimiento y de vulnerabilidad resultante de esta situación. Se señala la distancia existente entre las políticas públicas y sociales que reconocen

el derecho a la salud, como eje fundamental de sus principios y las dificultades de estas en cuanto a su institucionalización, así como la falta de articulación de competencias, de estrategias y de programas en diferentes sectores y niveles del Estado (Simonelli & Camarotto, 2011; Riberto *et al.*, 2012; Elias, Monteiro & Chaves, 2008; Lima & Lima, 2013; Diniz, Esquinca & Medeiros, 2007, Dos Santos & Fernandez, 2014, Souza & Carneiro, 2007).

El abordaje del proceso salud-enfermedad-atención entendido desde la dimensión familiar como unidad de análisis permite evidenciar los distintos impactos a lo propuesto en los planes generales que demuestran limitaciones para responder a las necesidades concretas en el contexto local. De este modo, la reconstrucción de las necesidades de quienes se encuentran al cuidado de las personas con discapacidad, a partir de la valoración de su percepción respecto de la experiencia cotidiana de esta situación, también pone de manifiesto en las publicaciones las debilidades estructurales de las políticas públicas destinadas a esta problemática. (Buitrago Echeverri, Ortiz Rodríguez & Eslava Albarracín, 2010; Fiorati & Elui, 2015).

El abordaje de la situación de exclusión y la jerarquización de los problemas implicados en ésta definen distintos itinerarios de intervención, según si esta es pensada desde un lugar de imposibilidad física o como resultado de una organización social que conjuga condiciones materiales, económicas y valores sociales, que conforman la cultura y la consiguiente respuesta ante las diferencias. En este sentido, se recuperan experiencias que retratan los modos de organización del trabajo y cómo se delimitan prácticas y estructuras sociales que darán lugar a la exclusión del mercado laboral, entre otros escenarios contextuales negados (Moreira, Cappelle & Freitas, 2015; Tette, Freitas & Oliveira, 2014; Simonelli & Camarotto, 2011; Arango Soler, Santander & Correa Moreno, 2012; Serrano & Camargo, 2011; Rodríguez Celin *et al.*, 2014).

La metodología de abordaje empleada en las investigaciones son principalmente los abordajes cuantitativos de corte transversal. Estos proponen el análisis estadístico y descriptivo de distintos factores contextuales que inciden sobre esta situación. Sin embargo, se observa a su vez abordajes de tipo cualitativos, entre estos: trabajos de análisis temático de contenido, grupos focales, investigación acción participativa, etnografía, y estudio de caso.

Entre las principales conclusiones a las que arriban los trabajos mencionados, se destaca el señalamiento de tendencias diferenciales en la manifestación de la discapacidad asociada a la restricción en el ejercicio de derechos y de oportunidades, así como la ausencia de garantías de condiciones económicas y de sustento personal favorecen las condiciones de pobreza y de desigualdad asociadas a la discapacidad.

A modo de síntesis, el sentido que trasciende a este grupo de publicaciones es la importancia acerca de los mecanismos de producción de procesos de exclusión a partir del debate acerca de la inequidad y de las desigualdades sociales, que se combinan en esta situación y conjugan dimensiones de un entorno social más amplio e integrado que los presentados hasta el momento.

5.3.4 Modelo universal

En el modelo universal, la discapacidad es concebida como un hecho transversal a todos los individuos, que se manifiesta en forma de desigualdad social a través del trato diferenciado y de los estereotipos a una población específica.

En el Cuadro 6 presentaremos aquellas unidades de registro que hacen referencia a algunas características del modelo universal que confluyen en las investigaciones.

Cuadro 6. Modelo universal de la discapacidad. Síntesis de resultados.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Moreira LB, Cappelle MCA, <i>et al.</i>	2015	“Las personas con discapacidad entrevistadas tenían una visión de sí mismas y también una percepción sobre cómo creían que eran vistas por los otros, lo cual influye en su forma de comportamiento respecto a los demás”. p. 57 (traducción libre de la autora).
Silva MBB.	2015	“Notamos que, a medida que algunos habitantes eran considerados ‘locos’, eran considerados pacientes en la casa de reposo local, ora ‘usuarios’, al ser matriculados en establecimientos de la red, ora clientes, según su frecuencia en el mismo, ‘juguetones’, ‘nerviosos’ y ‘barulleros’, de acuerdo con su comportamiento en público, y algunos de ellos objeto de discusión en los establecimientos de salud, que se tornaban ‘casos clínicos’”. p. 353 (traducción libre de la autora).
Souza MCMR.	2014	“Este estudio tiene como objetivo comprender las representaciones de los usuarios y profesionales de servicios de salud mental acerca de la sexualidad de los primeros”. p. 2165 (traducción libre de la autora).

Cuadro 6. Continuación.

Barbosa JAG, Guimarães MDC, <i>et al.</i>	2013	“Son las concepciones que generan y alimentan desigualdades de condiciones entre hombres y mujeres, propician abusos de poder y favorecen la vulnerabilidad de ambos. Se trata de concepciones originadas en el modelo patriarcal, aprendidas desde la infancia e internalizadas por los individuos como naturales, siendo permanentemente retroalimentadas dentro de un proceso complejo de elaboración cultural”. p. 460 (traducción libre de la autora).
Soares MVB, Carvalho AMP.	2009	“Se trata de un paso más para adecuar los servicios de la salud mental frente a esa demanda, para que esas mujeres sean reconocidas no solo como portadoras de trastornos mentales”. p. 30.
White C.	2008	“Este artículo explora sobre el estigma iatrogénico, o sea, el estigma por parte de los médicos o por la biomedicina en general hacia pacientes que se encuentran en tratamiento por lepra o enfermedad de Hansen”. p. 25 (traducción libre de la autora).

Fuente: elaboración propia.

En este modelo se plantea la necesidad y desafío de comprender la discapacidad como una situación común a todos los individuos, concepto que implica una construcción y un modo de ver la problemática diferente de lo propuesto hasta el momento y que interpela a pensar la discapacidad como parte de la diversidad y de la condición humana. Son las concepciones que generan y alimentan desigualdades de condiciones y favorecen la vulnerabilidad. Se trata de concepciones internalizadas por los individuos como naturales siendo permanentemente retroalimentadas dentro de un proceso complejo de elaboración cultural.

Esta tensión entre los diversos actores se puede visualizar en los trabajos que apuntan a resaltar las falencias presentes en los equipos de salud en cuanto al abordaje y a la visibilización de algunas temáticas, entre estas, la sexualidad de las personas con discapacidad (Souza, 2014; Tedesco & Junger, 2013; Othéro & Dalmaso, 2009; Souza, 2014; Sales, Oliveira & Araújo, 2013; Othéro & Dalmaso, 2009; Soares, Moreira & Monteiro, 2008). O a partir de la identidad que se construye en función de un padecimiento específico, en determinado contexto de institucionalización (Soares & Carvalho, 2009; White, 2008; Silva, 2015).

En este sentido, determinadas diferencias regionales o etarias, o de clase social, pueden tener efectos importantes sobre la identidad y sobre los significados que surgen en torno a la experiencia de la discapacidad. Un ejemplo de esta situación lo representan los estudios cuantitativos de base estadística en los cuales se incorpora la discusión con enfoque de género entre las diferencias halladas según el sexo de la población en estudio (Mascarenhas & Branco, 2014; Soares & Carvalho, 2009). A su vez, resaltan en sus conclusiones cómo se potencia la estigmatización en algunas circunstancias, como en el caso de las múltiples situaciones de discriminación fundamentadas doblemente en el género y en la discapacidad (Mascarenhas & Branco, 2014; Souza, 2014; Aragão *et al.*, 2016; Barbosa, Guimarães & Freitas, 2013), o de violencia basada en la discapacidad (Cavalcante, Marinho & Bastos, 2009; Moreira *et al.*, 2013).

La situación de la discapacidad involucra acciones que limitan o no limitan, permiten o no permiten el desarrollo de las capacidades personales. El abordaje y tratamiento de la estigmatización en las publicaciones hace referencia a las limitaciones y a la adaptación al medio social. La circulación de las personas con discapacidad, las miradas de extrañamiento de los transeúntes a las cuales son sometidas y las dificultades vivenciadas suman impedimentos y restricciones, y pone en evidencia la asociación entre discapacidad y condiciones más graves de dependencia y falta de autonomía (Rodrigues, Marinho & Amorim, 2010; Silva, 2015; Dalmodin & Vasconcellos, 2008).

A diferencia de las publicaciones citadas precedentemente, y en cuanto al abordaje utilizado, predominan los estudios cualitativos, como forma de aproximarse a la interpretación subjetiva de la discapacidad (etnografía, análisis de contenido, narrativas, teoría fundada, grupos focales), por sobre los abordajes cuantitativos.

Las publicaciones, comparten en sus conclusiones la importancia de ampliar la reflexión sobre las prácticas de salud, a su vez que resaltan el proceso de construcción y de reconstrucción de identidades y reconocen la necesidad de la adaptación de las condiciones materiales, a fin de lograr la integralidad en el cuidado y la inclusión social de las personas con discapacidad.

Para finalizar, este grupo de publicaciones, lejos de situarse en la polarización entre el modelo médico y el modelo social, difiere de los modelos anteriores en la interpretación subjetiva y asume la importancia del plano relacional, que opera en el desarrollo de una situación de discapacidad.

5.3.5 Modelo biopsicosocial

A continuación, se presentarán las unidades de registro correspondientes al modelo biopsicosocial, el cual se sitúa como una situación integral de la discapacidad que involucra el entorno social, político, económico y cultural, y procura la superación de los estereotipos y la universalidad en su comprensión.

Cuadro 7. Modelo biopsicosocial de la discapacidad. Síntesis de resultados.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Aragão JS, França ISX.	2016	“El concepto de vulnerabilidad se refiere a la susceptibilidad de un individuo que se expone a la enfermedad, considerando aspectos denominados ‘dimensiones de vulnerabilidad individual’, los cuales comprenden aspectos biológicos, cognitivos y actitudes de los individuos, de vulnerabilidad social, incluidos los factores sociales, culturales, económicos, y de vulnerabilidad programática, que hace mención a los recursos que son necesarios para la protección y la calidad de vida de los individuos”. p. 3144 (traducción libre de la autora).
Camargo Rojas DA, Castro Alzate ES, <i>et al.</i>	2014	“La perspectiva propuesta por el grupo investigador articula la multidimensionalidad de la discapacidad al incorporar el concepto de restricción en la participación como los problemas que presentan las personas incluidas en la muestra para enfrentarse ante situaciones vitales en entornos cotidianos”. p. 238.
Cavalcante FG, Marinho ASN, <i>et al.</i>	2011	“El riesgo aumentado de violencia está asociado a la combinación de factores, sociales, culturales y económicos, y no a la deficiencia en sí misma, al modo en que esta se combina con factores de riesgo (aislamiento social, estigma, estrés psicosocial, y otros disturbios) y con factores protectores, cuidados personales y sociales, acceso a servicios, escuela y beneficios, o a la vulnerabilidad asociada a la deficiencia (imposibilidad de andar, de ver, de oír, de gritar y pedir ayuda, o de discernir sobre cierto o errado)”. p. 47 (traducción libre de la autora).

Cuadro 7. Continuación.

Elias MP, Monteiro LMC, <i>et al.</i>	2010	“Unos pasos importantes para revertir el cuadro son la necesidad de ver a las personas con discapacidad como verdaderos ciudadanos, reducir los prejuicios y la discriminación, y la creación de políticas públicas e institucionales adecuadas para responder a las necesidades físicas, clínicas, y psicosociales”. p. 1048 (traducción libre de la autora).
Moreno Fergusson ME, Rodriguez MC, <i>et al.</i>	2006	“La condición de la discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona y de sus familiares, los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud y la modificación en el rol y en las actividades sociales”. p. 79.

Fuente: elaboración propia.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001, (Herrera Castanedo, Vazquez Barquero & Gaite Pintado, 2008) identifica las distintas dimensiones para definir la discapacidad según las limitaciones en las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación que se hacen presentes en esta situación, con lo cual busca la integración de los modelos extremos médico y social, a su vez que propone incluir la multidimensionalidad dentro del concepto de la discapacidad.

La aparición de la discapacidad se traduce en transformaciones profundas en diferentes planos de la vida de las personas: individual, social, económico y cultural. La construcción del concepto biopsicosocial involucra el marco cultural, donde se entrelazan la experiencia objetiva personal y la realidad macrosocial (Aragão *et al.*, 2016; Moreira *et al.*, 2013; Moreno Fergusson *et al.*, 2006; Elias, Monteiro & Chavez), con la superación de estereotipos dando cuenta de una visión que intenta garantizar la universalidad frente a esta situación (Guerra *et al.*, 2015; Pereira, Furegato & Pereira, 2005; Castro & Maxta, 2010).

La aplicación y validación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001, es abordada en las publicaciones que conforman la muestra de artículos seleccionados, mediante su incorporación en los diferentes marcos teóricos que dan sustento a las investigaciones, o como parte esencial de los objetivos propuestos. Además, entre los diseños de abordaje cuantitativo, dicha Clasificación Internacional es tomada por

algunas publicaciones en función del análisis de su implementación en diferentes escalas que se destinan a medir la discapacidad (Henao Lema & Pérez Parra, 2011; Pinto & Faria, 2016; Martins *et al.*, 2011; Cobo Mejía, Sandoval Cuella & Alvarado Rojas, 2012; Camargo Rojas *et al.*, 2014).

Como una idea o núcleo central que se desprende de la lectura de estas publicaciones surge como un punto en común la idea de la vulnerabilidad, como un enfoque que unifica y representa la idea de integralidad que propone el modelo biopsicosocial propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001. La vulnerabilidad de una persona es entendida, de esta manera, como el resultado de un entorno familiar, relacional, profesional socioeconómico, político, puestos en juego en la producción de cuidados. En la vulnerabilidad confluyen las dimensiones comportamiento-sociales y político-institucionales, que darán como resultado diferentes grados de susceptibilidad de individuos o grupos, a un daño a la salud y sus consecuencias (Filho, Castiel & Ayres, 2009).

El concepto de rehabilitación psicosocial, propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001, en el cual los servicios en rehabilitación deberían centrar sus esfuerzos en equiparar la serie de capacidades, no solo desde las estructuras, funciones y actividades, sino a partir del trabajo centrado en las restricciones en la participación, favoreciendo la autonomía de los individuos, es tomado por algunas publicaciones que integran este subconjunto, desde una perspectiva de enfoque de derechos en el acto de rehabilitar; (Castro & Maxta, 2010; Guerra *et al.*, 2015; Rodrigues, Marinho & Amorim, 2010).

En relación con los abordajes metodológicos, se observa mayor cantidad de estudios cualitativos por sobre aquellos cuantitativos. Las técnicas de análisis utilizadas son: investigación, acción, análisis de contenido y el trabajo con grupos focales.

Entre las principales conclusiones a las que arriban las investigaciones, estas confluyen en la necesidad de visualizar prácticas de cuidado y políticas públicas e institucionales adecuadas para responder a las necesidades físicas, clínicas y psicosociales.

Para finalizar, en este conjunto de trabajos la discapacidad es interpretada no desde la deficiencia, sino desde la interacción en entornos que posibilitan o restringen oportunidades de participación en distintas esferas de la vida (cívicas, sanitarias, educativas, recreativas, laborales, políticas) y que contemplan en su análisis, además, los aspectos emocionales y subjetivos puestos en juego en la producción de la discapacidad.

A continuación, presentaremos, a modo de síntesis, las principales características de los modelos teóricos que componen el corpus documental, en función de la definición de

discapacidad, objetos de estudio, tipo de abordajes metodológicos, y principales conclusiones a las que arriban las publicaciones.

Cuadro 8. Características de los modelos teóricos que componen el corpus documental. Síntesis de resultados.

Modelo teórico	Definición de discapacidad	Objetos de estudio	Conclusiones
Biológico	Limitaciones individuales	Rehabilitación asociada fundamentalmente a la recuperación de las funciones físicas	Relación entre diversos perfiles funcionales de discapacidad Identificación de factores contextuales en menor medida
		Objetivos vinculados a medir la prevalencia de la discapacidad	
Social	Limitación individual, déficit entorno	Identificación de factores del entorno, que se constituirán en barreras o facilitadores del acceso de las personas con discapacidad a diferentes escenarios contextuales, entre estos los servicios de salud.	Necesidad de contribuir a la planificación e implementación de políticas públicas para reducir las barreras en la participación o en el acceso a los servicios de salud.
Político	La discapacidad es la resultante de procesos de exclusión y de las desigualdades sociales	Jerarquización de las políticas públicas entre los problemas implicados en los procesos de exclusión.	La ausencia de garantías de condiciones económicas, de sustento personal y la falta de accesibilidad favorecen las condiciones de pobreza y de desigualdad asociadas a la discapacidad

Cuadro 8. Continuación.

Universal	Se centra en la interpretación subjetiva de la discapacidad y asume la importancia del plano relacional, que opera en el desarrollo de una situación de discapacidad.	Procesos de estigmatización y construcción de identidades	Señalan la importancia del proceso de construcción y de reconstrucción de identidades
Biopsicosocial	La discapacidad es la resultante de la interacción en entornos que posibilitan o restringen oportunidades de participación en distintas esferas de la vida (cívicas, sanitarias, educativas, recreativas, laborales, políticas), importancia de aspectos subjetivos y emocionales	Rehabilitación psicosocial Vulnerabilidad, asociada a distintas esferas de la vida	Señalan la importancia de las dimensiones de las prácticas de cuidado y de las políticas públicas e institucionales adecuadas para responder a las necesidades físicas, clínicas y psicosociales

Fuente: elaboración propia.

En clave de síntesis, y a modo de integrar cuáles han sido los principales hallazgos, puntos comunes y distinciones que se desprenden de la lectura de las investigaciones presentadas, podemos decir que, de alguna manera, las referencias presentadas en los apartados que componen esta sección ponen en juego distintas dimensiones, representaciones y aspectos sobre un mismo problema.

Centrándonos en la definición de la discapacidad que se desprende de la lectura de las publicaciones y a modo de síntesis general, podríamos decir que el corpus documental muestra una tendencia significativa hacia el modelo individual. En este sentido, la discapacidad situada en el orden de las limitaciones individuales no trasciende los límites de la mono causalidad del modelo médico biológico, en la interacción de un cuerpo dañado con un entorno pensado y organizado por y para personas sin discapacidad.

Sin embargo, y a medida que nos aproximamos hacia otros modelos explicativos, comienza a visualizarse entre las investigaciones, un entendimiento de cómo se sitúa la persona en esa situación particular, donde las condiciones de organización social desigual comienzan a adquirir relevancia.

La universalidad desplaza la mirada de la tragedia personal hacia las consecuencias del proceso de estigmatización sobre el desarrollo de las potencialidades de un otro considerado diferente, e incorpora y asume la relevancia de la interpretación subjetiva de la situación de la discapacidad. Las bases sociales puestas en juego en el modelo biopsicosocial y que condicionan una situación particular, pueden tornar a una persona vulnerable en consecuencia de un entorno personal, familiar, relacional, profesional, socioeconómico y político. La interacción de este mundo subjetivo se encuentra atravesada por las condiciones materiales de vida, como salud, vivienda y educación.

De este modo, la discapacidad existe no solo en función de una dificultad física o una limitante en la asistencia o en la rehabilitación, sino porque los entornos, permiten o dificultan habilitar capacidades y contar con las posibilidades de aspirar a una vida de calidad. La utilización de los servicios de salud no solo se relaciona con la modalidad de gestión de los servicios, sino también con la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos. Y que el recorrido hacia la búsqueda de atención no es sólo racional, sino que está mediado por sentimientos, recuerdos, sensaciones, y valoraciones por parte de las personas como sujetos sociales. Es así como la construcción del concepto salud-enfermedad involucra, a su vez, el marco cultural donde se entrelazan la experiencia objetiva personal y la realidad macro-social.

Realizando una lectura general de las publicaciones que integran nuestro universo de estudio, la gran mayoría de las publicaciones fueron identificadas dentro de las ideas centrales adscriptas a los modelos biológico y social respectivamente, y definen diversas miradas y explicaciones acerca de la situación de la discapacidad desde un plano individual. Sin embargo, el conjunto de las publicaciones que representan ideas enmarcadas en el plano de los modelos político, universal y biopsicosocial, así como aquellas publicaciones que combinan aspectos de uno u otro modelo, representan un subconjunto relevante, lo cual expresa de alguna manera la existencia de otras formas de teorizar y de comprender las diferencias humanas.

En este último nivel de análisis, y como una idea que emerge de las investigaciones, surge la idea de la reconstrucción de la dimensión de la organización del proceso de trabajo

en salud, referido a la discapacidad, en el momento de concretizarse el encuentro entre el servicio de salud y los usuarios.

Las relaciones de los actores con los procesos del lenguaje y la comunicación con las barreras físicas y culturales, en distintos niveles que ordenan el espacio social, nos conduce a pensar sobre los mecanismos que median sobre éstas.

Uno de los nudos críticos son las tecnologías que operan en los procesos relacionales, que componen el acto de cuidar y los actos decisorios en salud (Mehry, 2006). En este sentido y tomando la noción de tecnología de salud, entendida con un significado más amplio del corriente, ésta se encuentra comprendida por las tecnologías duras, equipamientos y medicamentos, entre otros; las tecnologías duras-blandas, referidas a los saberes estructurados como la clínica y la epidemiología; y las blandas, implicadas en las relaciones, inclusive en su dimensión subjetiva, puesta en juego en la comunicación, el establecimiento de vínculos y en la producción de salud y cuidados. Así mismo, estos núcleos de intervención tecnológica definen el modelo de atención que propone seguir el eje de las necesidades de los usuarios.

Así, podríamos decir que en el universo de las publicaciones analizadas prevalece el uso de tecnologías duras-blandas, representada esta situación en aquellos abordajes cuantitativos, centrados en los saberes estructurados como la clínica y la epidemiología, aplicados principalmente para determinar prevalencias o para describir perfiles epidemiológicos y de morbilidad asociados a la discapacidad.

Los diseños de investigación cuantitativos hallados utilizan un enfoque hipotético-deductivo en la construcción del conocimiento. Esta afirmación radica en la observación de que tanto en los estudios inscriptos en los modelos biológico, social, político utilizan herramientas estadísticas, para determinar prevalencias, identificar factores del entorno, que se constituirán en barreras o facilitadores del acceso de las personas con discapacidad a diferentes escenarios contextuales, o para analizar procesos de exclusión y de las desigualdades sociales en el marco de la discapacidad. El fenómeno de la discapacidad es entendido por los autores en tanto, proceso biológico-social, complejo, de este modo, los factores estudiados, así como su consecuente impacto en la condición de discapacidad, son reducidos como hechos observables y posibles de medición, e interpretados a partir de datos o a variables.

A su vez, los trabajos de investigación identificados en los modelos universal y biopsicosocial, recuperan aspectos subjetivos y señalan la trascendencia de las tecnologías blandas, a partir de la indagación de los procesos y del conjunto de relaciones de carácter

individual, socioeconómicas y culturales, puestos en juego en la producción de la discapacidad, principalmente mediante el empleo de herramientas de carácter cualitativo, utilizando métodos inferenciales inductivos presentes en la formulación de las preguntas que dan inicio al proceso de la investigación que se desea entablar y en el modo de aproximarse a la construcción de nuevos conocimientos.

Centrándonos en la dimensión técnico-instrumental analizada y su conexión con los modelos teóricos y el dinamismo de la discapacidad como fenómeno a investigar, si bien responden a variables técnicas, es importante resaltar que la elección de las técnicas operacionales o de aquellas con las cuales se desea entablar un proceso de investigación no son realizadas automáticamente y se configura como una dimensión donde influyen las características y representaciones que se tiene sobre el proceso a estudiar, y que de alguna manera cierra un círculo entre práctica, pensamiento y teoría.

Esta investigación tiene por objeto esclarecer las dinámicas y procesos de transformación teórica en el abordaje de la discapacidad, representadas en publicaciones científicas. Para lo cual enfocamos nuestro análisis en Argentina, Brasil y Colombia, entre los años 2004-2016, a partir de una revisión de artículos que cumplen los criterios de publicación en bases de datos en formato digital, en función de un propósito de estudio, que deja por fuera otros espacios de producción y circulación del conocimiento.

Como tendencia general en las publicaciones, redundan los abordajes cuantitativos y la mirada individual como núcleo explicativo central. Sin embargo otras perspectivas teóricas y metodológicas se hacen presentes en el análisis de la temática, en nuestro universo en estudio.

La República de Brasil se sitúa como el país con mayor cantidad y variabilidad de técnicas de estudio y análisis, reflejadas estas dimensiones en los diferentes enfoques y metodologías de abordaje aplicadas y en los diferentes núcleos explicativos empleados en las investigaciones. La República de Colombia y la República Argentina, representan un grupo minoritario entre las publicaciones con una menor variabilidad de técnicas de análisis y abordaje de la discapacidad, basadas principalmente en la utilización de métodos cuantitativos, a su vez que se destaca como un núcleo explicativo central, la trascendencia de la individualización del fenómeno de la discapacidad, en consonancia con la tendencia general mencionada.

6. CONSIDERACIONES FINALES

Los datos y escenarios epidemiológicos actuales nos sitúan frente a la necesidad de reorientar los modelos de atención de la salud actuales en un contexto de mayor necesidad de atención de situaciones de salud vinculadas a la discapacidad, lo cual nos traslada a nuevos espacios de debate e interrogantes sobre el tema.

Cada grupo tipifica su vivencia sobre un fenómeno dado, existiendo una reciprocidad entre la experiencia y el lenguaje; de esta manera es que nos planteamos recuperar el sentido y la lógica de razonamiento de quienes investigan sobre un fenómeno tan dinámico y diverso como lo es la discapacidad.

Un elemento relevante es, entonces, el reconocimiento de que el contexto social y los entornos de quienes investigan enmarcan los procesos de producción de conocimiento; de esta manera, los criterios, terminologías y tratamientos sobre una determinada temática se definen y se retroalimentan con los modelos vigentes y con aquellos emergentes, al momento en que trazan puentes entre las ideas presentes en la acción y mirada de quienes las interpretan.

A modo de síntesis general, podemos decir que las publicaciones sobre las cuales hemos trabajado conceptualmente contribuyen a expandir otras formas de teorizar y comprender las diferencias humanas y, como demuestra gran parte de las investigaciones, la discapacidad puede ser analizada como una interacción práctica de distintos entornos económico, social, político y cultural, que conforman, en su conjunto, un marco de producción de significados.

La perspectiva de La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001, que asumimos como marco teórico solo a fines metodológicos y operativos, nos permitió instrumentar un modo de abordar el tratamiento de la discapacidad en las publicaciones desde un posicionamiento externo, alejado del campo de la práctica concreta, para de alguna manera poder reconstruir, desde la propia mirada, cuáles han sido esos filtros interpretativos que guían el sentido de las investigaciones.

En relación con las asimetrías presentes en el conjunto de las investigaciones, subsisten diferencias cuantitativas y cualitativas en cuanto a la capacidad de producción científica de cada país, según perfiles académicos dominantes, interés e impacto de la discapacidad en la historicidad de cada región y su reflejo en la dimensión de las políticas públicas de cada país.

En referencia a las posibilidades de contribución de las investigaciones en materia de conocimiento y su relación con los modelos y enfoques predominantes identificados en éstas, la limitación en el uso de determinados elementos que por sí solos permiten, a nuestro entender, abordar el estudio de la discapacidad solo desde uno de los posibles frentes de una realidad compleja y dinámica. A su vez, la experiencia de la discapacidad no debe reducirse en su explicación a un plano individual, ni al de la cultura o de la sociedad como conceptos abstractos o aislados, sino como la confluencia de procesos interrelacionados, que forman parte de una totalidad organizadora de un sistema complejo en el cual se enmarca la vida.

Las investigaciones científicas vinculadas a la discapacidad tienen el desafío de abordarlas y comprenderlas de acuerdo a su complejidad real y concreta. Los aspectos involucrados atraviesan dimensiones de carácter subjetivo, físico, cultural, ambiental, social y político, por lo cual los modelos teóricos y abordajes metodológicos capaces de advertir estas dimensiones, deben complementarse en forma ineludible.

El desarrollo de las investigaciones deberían dar cuenta de la posibilidad de subsidiar estrategias en el campo de las prácticas y de las políticas orientadas a la discapacidad en tanto situación compleja y emergente en nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldemar JV. (2002). Discapacidad por guerra en Antioquia. Estudio descriptivo. Bogotá: Con Fe Paz.
- Alonso A, Cuenya H. (2015). Los rengos de Perón. Crónica de un militante del frente de lisiados peronistas. Buenos Aires: Editorial Colihue.
- Álvarez González M, Bisquerra Alzina R. (1997). Los modelos de orientación e intervención psicopedagógica, compiladores en AIDIPE Actas del VIII Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa. Sevilla: Universidad de Sevilla. p. 22-25.
- Bregain G. (2012). Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En Pantano L, compilador. Discapacidad e investigación. Aportes desde la práctica. Buenos Aires: EDUCA.
- Breilh J. (2009). Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Botelho LR, Chuna CA, Macedo M. El método de la revisión integrativa en los estudios organizacionales. Gestao e Sociedade. 2011;5(11).
- Câmara dos Deputados. (2012). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro de Documentação e Informação Edições Câmara, 35^a edição.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2012). Panorama Social de las Américas 2012. Chile: CEPAL.
- Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. (2008). El Tratado sobre los Derechos de los Discapacitados Cierra la Brecha en la Protección de los Derechos Humanos. Nueva York. Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=614>
- Egea C, Saravia A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. Polibea. 73:29-42.
- Filgueira F. (2014). Hacia un modelo de la protección social universal en América Latina. Chile: CEPAL.

Filho NA, Castiel LD & Ayres JR. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5(3), 323-344.

Filho NM. (2000). *La ciencia tímida*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Gentili P. (2015). *América Latina entre la desigualdad y la esperanza: Crónicas sobre educación, infancia y discriminación*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Herrera Castanedo S, Vázquez Barquero L & Gaité Pindado L. (2008). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rehabilitación*, Madrid. 42(6):269-75.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo Demográfico 2010. Disponible en <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente. Buenos Aires: INDEC.

López González M. (2006). Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad, hacia la incorporación de la experiencia personal. *Docencia e Investigación. Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*. 31(16).

Martinovich V. (2016). Los dueños de la ciencia. *Revista Anfibia* [Internet]. Sec: Ensayos. Disponible en: <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/los-duenos-de-la-ciencia/>

Merhy E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Minayo MCS, Deslandes Ferreira S & Gomes R. (2012). *Investigación social. Teoría Método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Minayo MCS. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Oliver M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En Barton L, compilador. *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Ediciones Morata.

Oliver M. (2008). ¿Están cambiando las relaciones sociales en la producción de la investigación? En Barton L, compilador. *Superando las barreras de la discapacidad*. Madrid:

Ediciones Morata.

Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1983). Clasificación Internacional de Deficiencias y Minusvalías- CIDDIM. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud- CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: OMS.

Palacios A. (2008). El modelo social de la discapacidad, orígenes, caracterización y plasmación en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comité español representante de las personas con discapacidad. Madrid: Grupo Editorial CINCA.

República Argentina. Ministerio de Trabajo. (1974). Ley 20923, creación de la Comisión Nacional del discapacitado. 30 de septiembre de 1974. Disponible en <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=gladnetcollect>

República Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2000). Ley 25280 Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. 6 de julio de 2000. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/63893/norma.htm>

República Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2008). Ley 26378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. 21 de mayo de 2008. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

República Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2014). Ley 26994 Código Civil y Comercial de la Nación. 1 de octubre de 2014. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>

República de Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1981). Ley 22431 Sistema de Protección Integral de Discapacitados. 16 de marzo de 1981. Disponible en http://www.junin.gob.ar/archivos/normativas/ley_nacional_22341.pdf

República de Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1992). Decreto 984/92 Creación de CONADIS Argentina. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/9030/texact.htm>

República de Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1997). Ley 24901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad. 5 de enero de 1997. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

República de Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2001). Ley 25504 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. 14 de noviembre de 2001. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70726/norma.htm>

República de Brasil, Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2005) Decreto 5626 Direitos da Pessoa com Deficiência. 22 de diciembre de 2005. Disponible en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm

República de Brasil, Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. (1999). Decreto 3298/99 Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. 24 de octubre de 1989. Disponible en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

República de Brasil, Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos. (1999). Decreto 3076/99 Cria, no âmbito do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. 1º de Junho de 1999. Disponible en <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3076-1-junho-1999-372471-norma-pe.html>

República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. (2004). Política Pública Nacional de Discapacidad. 26 de julio de 2004. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PLAN%20NACIONAL%20DE%20DISCAPACIDAD%202005.pdf>

Turner B. (1990). Outline of a theory of citizenship. SAGE Journals, Sociology, 24 (2), 189-217.

Vázquez Barquero L. (2003). Programa docente y de difusión de la CIF. Grupo Cantabria. España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Venturiello M. (2009). Cuando las desigualdades se multiplican: discapacidad, percepción de la salud y condiciones de vida. En: López E y Flinding L, compiladores. Salud familias y vínculos: El mundo de los adultos mayores. Buenos Aires: Editorial Eudeba.

APÉNDICES

Apéndice A.....83

Apéndice B.....94

APÉNDICE A

Artículos que constituyen el corpus documental analizado:

Acosta Guio J, Zarante IM. (2011). Consulta de genética médica en un hospital de segundo nivel en Colombia: impacto médico y social. *Revista Salud Bosque*. 1(1):25-32.

Áfio ACE, Carvalho AT, Carvalho LV, *et al.* (2016). Avaliação da acessibilidade de tecnologia assistiva para surdos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(5):833-839.

Alvarado A, Moreno ME, Rodríguez MC. (2009). Inclusión social y participación comunitaria: Una perspectiva de trabajo frente a la discapacidad. *Ciencia y enfermería*, 15(1):61-74.

Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, *et al.* (2012). Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(7):1833-1840.

Aragão AKR, Sousa A, Silva K, *et al.* (2011). Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada*. 11(2):159-164.

Aragão JS, França ISX, Coura AS, *et al.* (2016). Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 21(10):3143-52.

Aragão JS, Magalhães IMO, Coura AS, *et al.* (2014). Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 6(1):1-7.

Arango Soler JM, Santander JM, Correa Moreno YA. (2012). Programa de orientación vocacional laboral para personas con discapacidad de la fundación de adaptación laboral-IDEAL. *Revista de Salud Pública*. 14(5):842-51.

Arrué AM, Neves ET, Magnago TSBS, *et al.* (2016). Tradução e adaptação do Children with Special Health Care Needs do Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*. 32(6):e00130215.

Aznar AS, González Castañón D, Olate G. (2012). The ITINERIS scale on the rights of

persons with intellectual disabilities: development, pilot studies and application at a country level in South America. *Journal of Intellectual Disability Research*. 56(11):1046-57.

Barbosa JAG, Guimarães MDC, Freitas MI (2013). Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. *Rev. méd. Minas Gerais*. 23:(4).

Barlott T, Adams K, Díaz FR, *et al.* (2014). Using SMS as a tool to reduce exclusions experienced by caregivers of people with disabilities in a resource-limited Colombian community. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 10(4):347-54.

Barros GLM, Santos MTBR. (2014). Socioeconomic Profile of Patients Treated at the Children's Rehabilitation Center of Natal, state of Rio Grande do Norte, Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 14(4):303-311.

Batista LR, Moreira EA, Rauen MS, *et al.* (2009). Oral health and nutritional status of semi-institutionalized persons with mental retardation in Brazil. *Research In Developmental Disabilities*. 30(5):839-46.

Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, *et al.* (2015). Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 73(9):746-50.

Borges HL, Malucelli A, Paraiso EC, *et al.* (2007). A physiotherapy EHR specification based on a user-centered approach in the context of public health. *AMIA Annual Symposium proceedings*.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18693798>

Buitrago Echeverri MT, Ortiz Rodríguez SP, Eslava Albarracín DG. (2010). Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 12(1):59-77.

Callejas Cuervo M, Ruiz Olaya AF, Gutiérrez Salamanca RM. (2013). Biomechanical motion capture methods focused on tele-physiotherapy. *Pan American Health Care Exchanges (PAHCE)*; Medellín.

Camargo Rojas DA, Castro Alzate ES, Marchena Garzón D, *et al.* (2014). Prueba piloto para la elaboración perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid

(Cundinamarca). Rev. cienc. salud (Bogotá). 12(2):229-242.

Castro LM, Maxta BSB. (2010). Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas 6(1):1-11.

Castro SS, Cieza A, Cesar CL. (2011). Problems with accessibility to health services by persons with disabilities in São Paulo, Brazil. Disability and Rehabilitation. 33(17-18):1693-8.

Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, *et al.* (2011). Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Revista de Saúde Pública. 45(1):99-105.

Cavalcante FG, Marinho ASN, Bastos OM, *et al.* (2009). Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva. 14(1):45-56.

Cobo Mejía EA, Sandoval Cuellar C, Alvarado Rojas YM. (2012). Magnitud de la discapacidad en Boyacá, Colombia. Revista de Salud Pública (Bogotá). 14(5):776-88.

Córdoba Andrade L, Gómez Benito J, Verdugo Alonso MA. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Universitas Psychologica de Bogotá, Colombia. 7(2):369-83.

Costa AAI, Bona AD, Trentin MS. (2016). Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. Brazilian Dental Journal. 27(1):52-55.

Cruz Ortiz M, Jenaro Río C, Pérez Rodríguez MC, *et al.* (2010). Aplicabilidad de la escala de intensidad de apoyos (SIS), en población mexicana con enfermedad mental severa. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 18(5):18-25.

Dalmolin BM, Vasconcellos MP. (2008). Ethnography of individuals in psychological distress. Revista de Saúde Publica. 42(1):49-54.

Damasceno NA, Ventura MP, Damasceno EF. (2015). Ocular diseases at geriatric clinics in Rio de Janeiro: social and epidemiological considerations among patients with motor locomotion deficit. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. 78(1):40-43.

De Azevedo TR, Valdevino SC, Costa KNFM, *et al.* (2015). Accesibilidad para personas con

discapacidad física en los hospitales públicos. *Enfermería Global*. 14(37):310-318.

De Paula CHT, Vasconcelos GC, Nehemy MB, *et al.* (2015). Causes of visual impairment in children seen at a university-based hospital low vision service in Brazil. *Journal of AAPOS*. 19(3):252-6.

Dimenstein M, Bezerra CG. (2009). Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 19(3):829-48.

Diniz D, Squinca F, Medeiros M. (2007). Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*. 23(11):2589-96.

Dos Santos V, Fernández A. (2014). Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 14(4):319-329.

Elias MP, Monteiro LMC, Chaves CR. (2008). Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 13(3):1041-50.

Ferreira MC, Guare RO, Prokopowitsch I, *et al.* (2011). Prevalence of dental trauma in individuals with special needs. *Dental Traumatology*. 27(2):113-6.

Figueredo R, Damas FB. (2015). Psychiatric legal investigation for sickness benefits due to disability at the Brazilian Federal Social Security Special Court in Florianópolis, capital city of the State of Santa Catarina, southern Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 37(2):82-86.

Fiorati RC, Elui VMC. (2015). Determinantes sociales de la salud, iniquidades e inclusión social entre personas con discapacidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(2):329-336.

Filho NM, Silva GA. (2011). Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Revista De Saúde Pública*. 45(3):494-502.

Freire DB, Gigante LP, Béria JU, *et al.* (2009). Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. *Cadernos De Saúde Publica*. 25(4):889-97.

Frota FDS, Gavião MBD, Aguiar SMHCÁ. (2015). Fatores associados à amamentação em crianças com deficiência e fenotipicamente normais. *Revista CEFAC*. 17(1):201-8.

Gaio DC, Moysés SJ, Bisinelli JC, *et al.* (2010). Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *Health Promotion International*. 25(4):425-34.

Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. (2007). Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*41(4):619-28.

Gavazza CZ, Fonseca VM, Silva KS, *et al.* (2008). Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*. 24(5):1103-11.

Guerra CS, Dias MD, Filha MOF, *et al.* (2015). From the dream to reality: experience of mothers of children with disabilities. *Texto & Contexto Enfermagem*. 24(2):459-66.

Henao Lema CP, Pérez Parra JE. (2011). Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*. 16(2):52-67.

Hernández Jaramillo J, Hernández Umaña I. (2005). Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista Salud Pública*. 7(2):130-44.

Hijuelos Cárdenas ML, Angarita Fonseca A, Martínez MRP, *et al.* (2012). Prevalencia y caracterización de la población en condición de discapacidad del municipio de Los Santos (Santander, Colombia), 2011. *Revista Salud, Barranquilla*. 28(2):238-58.

Holanda CM, De Andrade FL, Bezerra MA, *et al.* (2015). Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(1):175-84.

Ianni A, Pereira PCA. (2009). Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. 18(2):89-92.

Iwahashi JH, Jardim IS, Shirayama Y, *et al.* (2015). Hearing Aid Use and Adherence to Treatment in a Publicly-Funded Health Service from the City of São Paulo, Brazil. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 19(3):210–15.

Lawrence H, Sousa LP, Gonçalves FL, *et al.* (2014). Acesso a saúde bucal pública pelo paciente especial: a ótica do cirurgião-dentista. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 27(2):190-197.

Lima MLLT, Lima, MLC. (2013). Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 22(4):597-607.

Lima MP. (2016). Recrutamento on-line de pessoas com deficiência: a tecnologia em favor da diversidade? *RAM. Revista de Administração Mackenzie*. 17(2):42-66.

Lima PF, Monteiro EA, Macedo LRH, *et al.* (2015). The social context and the need of information from patients with epilepsy: evaluating a tertiary referral service. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 73(4):298-303.

Loyola Rodríguez JP, Zavala Alonso V, González Álvarez CL, *et al.* (2009). Dental treatment under general anesthesia in healthy and medically compromised developmentally disabled children: a comparative study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 34(2):177-82.

Machado WCA, Machado DAA, Figueiredo NMA, *et al.* (2013). Sign language: How the nursing staff interacts to take care of deaf patients?. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 3(5):283-292.

Malta DC, Stopa SR, Canuto R, *et al.* (2016). Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 21(10):3253-64.

Malta J, Endriss D, Rached S, *et al.* (2006). Desempenho funcional de crianças com deficiência visual, atendidas no Departamento de Estimulação Visual da Fundação Altino Ventura. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 69(4):571-4.

Martins EF, Sousa PH, Barbosa PH, *et al.* (2011). A Brazilian experience to describe functioning and disability profiles provided by combined use of ICD and ICF in chronic stroke patients at home-care. *Disability and Rehabilitation*. 33(21-22):2064-74.

Mascarenhas FAN, Branco AB. (2014). Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008. *Cadernos de Saúde Pública*. 30(6):1315-26.

Mattevi BS, Bredemeier J, Fam C, *et al.* (2012). Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil.

Rev Panam Salud Publica. 31(3):188–96.

Mendelevich A, Kramer M, Maiarú M, *et al.* (2015). Sujetos con amputaciones en la ciudad de Buenos Aires: estudio epidemiológico de cinco años. *Revista de la Facultad de Medicina*. 75(6):384-6.

Molina Marín G, Jiménez Campiño SA, Rodríguez Tejada CM. (2010). Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008. *Iatreia, Revista Médica Universidad de Antioquia*. 23(4):1-9.

Monteverde M. (2015). Exceso de peso y discapacidad en las personas mayores de la Argentina. *Salud Colectiva*. 11(4):509-21.

Moraes AMSM, Magna LA, Faria APM. (2006). Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 22(3): 685-690.

Moreira LB, Cappelle MCA, Freitas MNC. (2015). A dinâmica identitária de pessoas com deficiência: um estudo no Brasil e nos Estados Unidos. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*. 16(1):40-61.

Moreira MCN, Bastos OM, Bastos LC, *et al.* (2013). Violência contra crianças e adolescentes com deficiência: narrativas com conselheiros tutelares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(9):3869-78.

Moreno Fergusson ME, Rodriguez MC, Barrera Pardo O, *et al.* (2006). ¿Qué significa la discapacidad? *Revista Aquichan*. 6(1):78-91.

Moreno Angarita M, Cortés Reyes E, Cárdenas Jiménez A, *et al.* (2013). Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 15(4):566-78.

Moss MP, Roubideaux YD, Jacobsen C, *et al.* (2004). Functional disability and associated factors among older Zuni Indians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 19(1):1-12.

Obando Ante LM, Lasso Benavides AE, Vernaza Pinzón P. (2006). Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 8(2):182-90.

Othero MB, Dalmaso ASW. (2009). Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e

prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Revista de Botucatu*.13(28):177-188.

Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. (2007). Accesibilidad y deficiencia física: Identificación de barreras arquitectonicas en áreas internas de hospitales de Sobral, Ceará. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 41(4):581-8.

Padilla Muñoz A, Rodríguez V, Castro S, *et al.* (2013). Rendimiento en la prueba de admisión a la universidad (Saber 11) de personas en y sin condición de discapacidad. *Revista de Salud Pública*. 15(1):138-48.

Pantano L. (2015). Discapacidad y pobreza en las villas de la ciudad de Buenos Aires. Reflexiones a partir de algunos datos cuantitativos. *Revista de la Facultad de Medicina*. 63(3):51-60.

Pereira LM, Mardero E, Ferreira SH, *et al.* (2010). Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA (Canoas/RS). *Stomatos*. 16(31):92-99.

Pereira MA, Furegato AR, Pereira A. (2005). The lived experience of long-term psychiatric hospitalization of four women in Brazil. *Perspectives in Psychiatric Care*. 41(3):124-32.

Pereira PC, Fortes PA. (2010). Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *American Annals of the Deaf*. 155(1):31-7.

Pereira TTSO y Santos MAD (2012). Care group for mental health team: a professional development strategy. *Journal of Human Growth and Development*. 22(1), 68-72.

Pintanel AC, Gomes GC, Xavier DM (2013). Mães de crianças com deficiência visual: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 34(2):86-92.

Pinto BPBC, Faria CDCM. (2016). Health, function and disability in stroke patients in the community. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 20(4):355-66.

Pires FRO, Deitos BG, Schoeller SD, *et al.* (2014). Barreras y facilitadores arquitectónicos: un desafío para la independencia funcional. *Index de Enfermería*. 23(3):124-128.

Riberto M, Miyazaki MH, Battistella LR, *et al.* (2010). Sobre o processo de triagem em centros de reabilitação. *Revista Acta fisiátrica*. 17(3):130-4.

Riberto M, Lopes KAT, Chiapetta LM, *et al.* (2012). The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health core set for stroke for chronic outpatients in three Brazilian rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*. 35 (5):367-74.

Ríos A, Miguel Cruz A, Guarín MR, *et al.* (2014). What factors are associated with the provision of assistive technologies: the Bogotá D.C. case. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 9(5):432-44.

Rocha LL, Vieira MLS, Pimentel AGFVM. (2015). Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health*. 15:35.

Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. (2010). Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 15(1):1615-25.

Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, Shimoji C, *et al.* (2014). Disfunción escolar en niños de 5 a 19 años con discapacidad motora exclusiva en un hospital de referencia en Argentina. *Rev. Archivos Argentinos de Pediatría*. 112(3):245-57.

Rossi-Barbosa LAR, Palma ABO, Coelho IM, *et al.* (2007). Expectativa e satisfação dos pais ou responsáveis dos usuários da Apae atendidos na clínica de pacientes especiais do curso de Odontologia da Unimontes, MG, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 7(1):51-8.

Sales AS, Oliveira RF, Araújo EM. (2013). Inclusión de personas con discapacidad en un Centro de Referencia en ETS/SIDA de una ciudad de Bahía, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermería*. 66(2):208-14.

Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, *et al.* (2012). Incapacidade relacionada com el dolor lumbar crónico: prevalencia y factores asociados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 46:16-23.

Santos S, Pequeno AAS, Galvão CRC, *et al.* (2014). As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(2):559-568.

Schoeller SD, Pires FRO, Deitos BG, *et al.* (2013). Aspectos da (in)dependência funcional de pessoas adscritas a um centro de saúde. *Ciênc. cuid. saúde*. 12(1):47-55.

Serrano CPR, Camargo DML (2011). Políticas de inclusión educativa del discapacitado. Barreras y facilitadores para su implementación: Bucaramanga, 2010. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 29(3):289-298.

Sígolo C, Lacerda CBF. (2011). Da suspeita à intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia 23(1):32-37.

Silva AIT, Agnelli LB, Varela RCB, *et al.* (2004). Perfil funcional de crianças com paralisia cerebral na escola regular segundo tipo de escola e comprometimento motor. Temas sobre desenvolvimento. 13(74):5-13.

Silva FCM, Sampaio RF, Ferreira FR, *et al.* (2013). Influence of context in social participation of people with disabilities in Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública. 34(4):250-6.

Silva MBB (2015). De paciente a caso: uma etnografia com egressos de internação psiquiátrica. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 20(2):353-62.

Silva MB, Picasso CLM, Rosito MP (2015). Epidemiological profile of workers with musculoskeletal disorders of a supermarket company. Fisioterapia em Movimento. 28(3):573-581.

Simonelli AP, Camarotto JA (2011). Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: uma proposta de modelo. Gestão & Produção. 8(1):13-26.

Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, *et al.* (2009). Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 14(1).

Soares MVB, Carvalho AMP. (2009). Las mujeres portadoras de trastornos mentales y la maternidad. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17(5), 632-638.

Soares AHR, Moreira MCN, Monteiro LMC. (2008). Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 13(1):185-94.

Souza FDR, Pimentel AM. (2012). Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 20(2): 229-237.

Souza JM, Carneiro R (2007). Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. *Saúde e Sociedade*. 16(3):69-84.

Souza NSS, Santana VS, Oliveira PRA, *et al.* (2008). Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Revista de Saúde Pública*. 42(4):630-38.

Tedesco J R, Junges JR. (2013). Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(8):1685-89.

Tette RPG, Freitas MNC, Oliveira MS. (2014). Relações entre significado do trabalho e percepção de suporte para pessoas com deficiência em organizações brasileiras. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 19(3):217-26.

Trindade LL, Araldi A, Vendruscolo, C, *et al.* (2014). Perfil dos segurados em benefício do auxílio-doença acidentário na agência da previdência social de Xanxerê/SC. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 25(3):272-78.

Van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar RK. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*. 28(4):193-203.

Venturini DA, Decesaro MDN. (2006). Marcon SS. Knowing the history and the life conditions of subjects with spinal cord lesions. *Revista Gaucha de Enfermeria*. 27(2):219-29.

APÉNDICE B

Cuadro 1. Modelo biológico de la discapacidad. Resultados de Análisis.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Pinto BC, Faria C.	2016	“Los pacientes con accidente cerebro vascular tienen frecuentemente padecimientos asociados con la reducción de la funcionalidad. Entre los padecimientos, los de tipo motor son los más prevalentes. El perfil funcional de los pacientes que utilizan el primer nivel de cuidados de la salud en Brazil es desconocido”. p. 355 (traducción libre de la autora).
Arrué AM, Neves ET, <i>et al.</i>	2016	“El estudio tuvo como objetivo elaborar la versión brasilera del instrumento “Children with Special Health Care Needs Screener” y evaluar la consistencia interna y la concordancia interobservador”. p. 1 (traducción libre de la autora).
Costa AAI, Bona AD, <i>et al.</i>	2016	“El estudio evalúa la salud bucal y la condición de discapacidad intelectual de estudiantes de la Asociación de Padres y Amigos de Niños Excepcionales de tres ciudades de Brasil”. p. 52 (traducción libre de la autora).
Arrué AM, Neves ET, <i>et al.</i>	2015	Considerando la población y las limitaciones del estudio se observó, que algunas de las deficiencias severas, presentaban el índice de CPO-D, significativamente menor comparado con otros niveles de deficiencia probablemente debido a la higiene oral realizada por los cuidadores y responsables”. p. 55 (traducción libre de la autora).
Frota FDS, Gavião MBD, <i>et al.</i>	2015	“Debido a la condición de salud en que se encuentra el paciente con necesidades especiales, la madre y el cuidador deben ser informados y estimulados respecto a los beneficios de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida”. p. 202 (traducción libre de la autora).

Cuadro 1. Continuación.

Figueroa R, Damas FB.	2015	“Tan solo 17 participantes fueron considerados incapaces para trabajar después de finalizado el beneficio. Una diferencia de 14.9 % entre las pericias administrativas y judiciales. Los trastornos más frecuentes fueron trastornos del humor (59.6%) y trastornos de ansiedad (17, 5%)”. p. 82 (traducción libre de la autora).
Mendelevich A, Kramer M, <i>et al.</i>	2015	“Realizar un análisis epidemiológico de los pacientes con amputaciones que concurrieron al Servicio de Kinesiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica entre los años 2009 y 2013: estudio retrospectivo, observacional y transversal”. p. 384.
Monteverde M.	2015	“El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre el exceso de peso y la condición de discapacidad en las personas mayores de la Argentina y evaluar en qué medida podría estar operando algún factor protector que reduzca o atenúe el efecto del exceso de peso sobre la pérdida de capacidades funcionales en las personas mayores de 64 años”. p. 509.
Versoni DS, Zin AA, <i>et al.</i>	2015	“Determinar las causas de ceguera y deficiencia visual en los niños matriculados en la Escuela del instituto Benjamín Constant (IBC) en 2013, para contribuir en la elaboración de estrategias de control y prevención de causas evitables de ceguera”. p. 138 (traducción libre de la autora).
Lima PF, Monteiro EA, <i>et al.</i>	2015	“Los datos presentados resaltan la preocupación respecto a la demanda de información sobre la enfermedad de la epilepsia por parte de los pacientes y sus familias. Y como estos requerimientos se presentan en diferentes escenarios, sociales, culturales y económicos, y evidencian la necesidad de investigar sobre las estrategias destinadas a resolver este déficit de conocimiento”. p. 302 (traducción libre de la autora).
Silva MB, Picasso CLM, <i>et al.</i>	2015	“Los disturbios musculoesqueléticos son las causas más frecuentes de dolor y pueden llevar a incapacidad o limitación de las actividades diarias”. p. 574 (traducción libre de la autora).

Cuadro 1. Continuación.

Barros GLM, Santos MTBR.	2014	“Pacientes con necesidades especiales son considerados aquellos con trastornos físicos, orgánicos, mentales, simples o complejos, con cambios crónicos que requieren educación especial, temporaria o permanente e instrucciones adicionales acerca de su situación de salud”. p. 303 (traducción libre de la autora).
Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, <i>et al.</i>	2014	“El objetivo de nuestro estudio fue establecer la prevalencia de disfunción escolar en niños con discapacidad motora exclusiva que concurren a un hospital de referencia y explorar si existen variables demográficas, sociales, médicas y/o escolares relacionadas con la disfunción”.
Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, <i>et al.</i>	2014	“Se define niño con discapacidad motora a todo aquel que presenta alguna alteración en su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema óseo, articular, muscular y/o nervioso, y que, en grados variables, limita alguna de las actividades que puede realizar el resto de los niños de su misma edad”. p. 245.
Santos S, Pequeno AAS, <i>et al.</i>	2014	“De una población de 48.499 habitantes, 338 personas fueron tratadas y 123 (0,34%) realizaron una evaluación clínico-genética y funcional por un equipo multidisciplinario de especialistas. Los factores genéticos fueron responsables del 58, 5% de las deficiencias, siendo encontrados algunos agrupamientos de afecciones prevalentes en las poblaciones de la muestra: amiotrofia espinal progresiva, ataxia espinocerebelar, distrofia muscular y síndrome espinal”. p. 559 (traducción libre de la autora).
Riberto M, Lopes KAT, <i>et al.</i>	2013	“Este estudio tiene el objetivo de validar empíricamente la escala de la CIF, para accidente cerebro vascular, para verificar la frecuencia de los problemas en cada categoría”. p. 367 (traducción libre de la autora).

Cuadro 1. Continuación.

Schoeller SD, Pires FRO, <i>et al.</i>	2013	Se analizaron cuatro áreas motoras y sus respectivos ítems, los cuales eran: 1. Cuidados personales, alimentación, higiene personal, baño, capacidad de vestir el tronco superior, e inferior e higiene íntima. 2. Control de esfínteres, control vesical e intestinal. 3. Movilidad; transferencia cama-silla, al baño. 4. Locomoción; deambulaci3n. p. 49. (traducci3n libre de la autora).
Salveti MG, Pimenta CAM, <i>et al.</i>	2012	“La discapacidad relacionada con el dolor lumbar cr3nico (DLC) es complejo y multifactorial. El objetivo fue identificar la prevalencia y factores asociados a la discapacidad en pacientes con DLC”. p. 16.
Padilla Mu3noz A, Rodr3guez V, <i>et al.</i>	2012	“Comparar los resultados en la prueba Saber 11 (prueba estandarizada para la admisi3n en la mayor3a de universidades de Colombia) entre los estudiantes con y sin discapacidad dentro de la misma instituci3n educativa. Asimismo, comparar el rendimiento de los alumnos con problemas de audici3n, discapacidad visual y f3sica”. p. 2013.
Ferreira MC, <i>et al.</i>	2011	“Este estudio tiene el objetivo de evaluar la prevalencia de trauma dental en individuos, con necesidades especiales, en la primera atenci3n brindada por cirujanos, en pacientes admitidos en una cl3nica de cuidados especiales de la escuela de odontolog3a de la Universidad Paulista de Brasil, en 2001 y 2005”. p. 113 (traducci3n libre de la autora).
Filho NM, Silva GZ.	2011	“Describir las jubilaciones por invalidez, otorgadas por dolor de espalda”. p. 494 (traducci3n libre de la autora).
S3golo C, Lacerda CBF.	2011	Identificar y especificar la situaci3n de diagn3stico y atenci3n de ni3os sordos en dos municipios que pertenecen a la regi3n administrativa de Campinas”. p. 32 (traducci3n libre de la autora).

Cuadro 1. Continuación.

Acosta Guio J, Zarante IM.	2011	<p>“Objetivo: analizar los grados de discapacidad y las implicaciones médicas, sociales y económicas de las anomalías congénitas y las enfermedades genéticas en los pacientes de consulta de genética médica de un hospital de segundo nivel de atención en Colombia”. p. 25.</p> <p>“Se realizó un listado de las principales enfermedades según frecuencia y la clasificación de las mismas según su etiología. Se analizaron los datos de estudios citogenéticos realizados y número de controles según las categorías de diagnóstico definitivo vs. diagnóstico de trabajo”. p. 27.</p>
Romero M, Arango C, <i>et al.</i>	2011	“Estimar, de acuerdo con el estado de la enfermedad (remisión o recaída) y al nivel de progresión (EDSS), el costo del tratamiento de la esclerosis múltiple (MS) en Colombia”. p. 48 (traducción libre de la autora).
Pereira LM, Mardero E, <i>et al.</i>	2010	“Los lineamientos de este estudio son observacional, transversal. El universo de muestras fue constituido por prontuarios de pacientes atendidos en el proyecto de extensión, <i>Conquistando la salud, atención de pacientes con necesidades especiales</i> , del curso de odontología de ULBRA. (Canoas R/S), en el período marco de 2001 a diciembre de 2006”. (Traducción libre de la autora).
Gaio DC, Moysés SJ, <i>et al.</i>	2010	“El propósito de este estudio es investigar el impacto de las actividades de promoción de la salud bucal en escuelas de educación especial”. p. 425.
Lima MLLT, Lima MLC.	2009	“Debido a la condición de salud en que se encuentra el paciente con necesidades especiales, la madre y el cuidador deben ser informados y estimulados respecto de los beneficios de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida”. p. 202 (traducción libre de la autora).
Lima MLLT, Lima MLC.	2009	“Las deficiencias físicas asociadas a los accidentes y violencias justifican la importancia de estudiar los servicios de rehabilitación física”. p. 598 (traducción libre de la autora).

Cuadro 1. Continuación.

Venturini DA, Decesaro MDN, <i>et al.</i>	2008	“Con relación a sus necesidades diarias, identificamos, entre ellos, mayor independencia para alimentación, evacuaciones e higiene oral y corporal y mayor dependencia en su movilidad. La atención a las necesidades específicas del sujeto con LM se constituye en un desafío a los profesionales de salud”. p. 219.
Batista LR, Moreira EA, <i>et al.</i>	2008	“La asociación entre salud bucal y estatus nutricional fue investigada en 200 personas semiinstitucionalizadas con retardo mental entre 5 y 53 años, 45,5 % femeninas en la ciudad de Florianópolis y San José, provincia de Santa Catarina. Brasil”. p. 839 (traducción libre de la autora).
Gavazza CZ, Fonseca VM, <i>et al.</i>	2008	“Este estudio tiene como objetivo describir la dependencia tecnológica, y las demandas de rehabilitación de los niños y adolescentes atendidos en forma ambulatoria, fuera del régimen domiciliar, cuya dificultad está justamente en la posibilidad de detectar la aparición de un perfil diferenciado de dependencia y de demanda de cuidados, verificando a hasta qué punto se asemejan independientemente la patología y el estado o incapacidad del niño”. p. 1103 (traducción libre de la autora).
Borges HL, Malucelli A, <i>et al.</i>	2007	“El objetivo de este estudio es describir un estudio de caso de EHR especificación de fisioterapia en salud pública”. p. 61 (traducción libre de la autora).
Rossi-Barbosa LAR, Palma ABO, <i>et al.</i>	2007	“La actual Política Nacional de Salud Bucal prevé la atención de la salud bucal de individuos portadores de necesidades especiales en los centros de especialidad Odontológica...[sic]...Los individuos portadores de necesidades especiales son aquellos que presentan alteraciones físicas, orgánicas, intelectuales, sociales o emocionales de forma aguda o crónica, simples o complejas y que necesitan educación especial, temporaria o permanente e instrucciones adicionales acerca de su situación de salud”. p. 52 (traducción libre de la autora).

Cuadro 1. Continuación.

Moraes AMSM, Magna LA, <i>et al.</i>	2006	“En Maringá, no existen programas orientados a la prevención de la deficiencia mental y/o defectos congénitos, aunque si existen acciones que forman parte de protocolos de asistencia al gestante y recién nacido que buscan identificar factores de riesgo asociados a esa condición”. p. 686 (traducción libre de la autora).
Obando Ante LM, Lasso Benavides AE, <i>et al.</i>	2006	“Estimar la prevalencia de discapacidad en una población en situación de desplazamiento”. p. 182. “La prevalencia de discapacidad en la población estudio fue del 8,5 % respecto de los tipos de discapacidad; se encontraron prevalencias de 5,6; 0,7 y 1,2 % para discapacidad física, sensorial y mental respectivamente”. p. 182.
Malta J, Endriss D, <i>et al.</i>	2006	“La deficiencia visual trae consecuencias limitantes para el desempeño de las actividades de autocuidado, locomoción, comprensión y comunicación de las tareas domésticas, en la franja etaria estudiada”. p. 571 (traducción libre de la autora).

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 2. Modelo social de la discapacidad. Resultados de Análisis.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Áfio ACE, Carvalho AT, <i>et al.</i>	2016	“Evaluar la accesibilidad automática de dispositivos de autoayuda para sordos, en modalidad de curso online”. p. 833.
Lima MP.	2016	“Todos los sitios tienen errores que dificultan el acceso y uso de la página”. p. 63.
Iwahashi JH, Jardim IS, <i>et al.</i>	2015	“Los relatos mencionan la necesidad de tratamiento de infecciones del oído medio, y los daños físicos que obstaculizan y enlentecen la locomoción a los servicios de salud, por ejemplo, en los casos graves de osteoartritis”. p. 214 (traducción libre de la autora).
Damasceno NA, Ventura MP, <i>et al.</i>	2015	“Identificar las causas de baja agudeza visual y de morbilidad sistémica que dificulten la deambulación y el acceso al tratamiento oftalmológico en clínicas geriátricas de Río de Janeiro”. p. 40 (traducción libre de la autora).
Bensenor IM, Goulart AC, <i>et al.</i>	2015	“La relación positiva entre prevalencia de ACV y edad es inversa a la relación entre nivel educativo y prevalencia de ACV”. p. 747 (traducción libre de la autora).
Holanda CMA, Andrade FLJP, <i>et al.</i>	2015	“Se evidenció una reducción en la inserción social, derivada de la dificultad de locomoción, siendo esta la principal barrera para la inserción social”. p. 175 (traducción libre de la autora).
Lima PF, Monteiro EA, <i>et al.</i>	2015	“Los datos presentados resaltan la preocupación respecto a la demanda de información sobre la enfermedad de la epilepsia por parte de los pacientes y sus familias. Y como estos requerimientos se presentan en diferentes escenarios, sociales, culturales y económicos, y evidencian la necesidad de investigar sobre las estrategias destinadas a resolver este déficit de conocimiento”. p. 302 (traducción libre de la autora).

Cuadro 2. Continuación.

Malta DC, Stopa SR, <i>et al.</i>	2015	“El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia autorreferida de deficiencia, física, intelectual, auditiva y visual en Brasil, según variables sociodemográficas y grado de limitación y frecuencia en el uso de servicios de rehabilitación”. p. 3524 (traducción libre de la autora).
Lawrence H, Sousa L, <i>et al.</i>	2014	“El estudio se centra en la visión del dentista sobre la atención de la salud...[sic]...demostrando que la perspectiva de esos profesionales es importante para un mejor entendimiento de la realidad del servicio. El presente estudio pretende auxiliar la cuestión del acceso a los servicios públicos para las personas con necesidades especiales”. p. 196 (traducción libre de la autora).
Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, <i>et al.</i>	2014	“Cabe remarcar las dificultades encontradas para conseguir vacantes en las escuelas, o la necesidad de cambios de escuela, debido a sus alteraciones locomotoras. La ausencia de rampas, así como la ubicación de las aulas en pisos altos fueron hallazgos frecuentes. Otras potenciales barreras encontradas son la ausencia de certificado de discapacidad y/o la falta de obra social”. p. 248.
Trindade LL, Araldi A, <i>et al.</i>	2014	“Por eso existe la necesidad eminente de repensar los modos de producción, introducir pausas para que puedan restablecerse los tejidos de los miembros superiores y disminuir el ritmo de producción, haciendo que el único destino del trabajador no sea adolecer y morir en el trabajo”. p. 277 (traducción libre de la autora).
Mascarenhas FAN, Branco AB.	2014	“En adición globalmente la mayor participación femenina en la fuerza de trabajo postal puede ser vista como una amenaza en el estatus quo, posiblemente dando origen a acoso sexual, victimizaciones por razones de género y comportamiento machista y grosero para con colegas de sexo femenino, sugiriendo que esto puede tener repercusión sobre la salud de los trabajadores en particular de las trabajadoras”. p. 1323.

Cuadro 2. Continuación.

Aragão JS, Magalhães IMO, <i>et al.</i>	2014	“Presentar las dificultades en el acceso de la población sorda a los servicios de atención básica y la percepción de los gerentes de las unidades de salud al respecto”. p. 90 (traducción libre de la autora).
Barlott T, Adams K, <i>et al.</i>	2014	“Factores contextuales de la comunidad, inseguridad e inaccesibilidad fueron modificados a partir de este proyecto”. p. 352 (traducción libre de la autora).
Pires FRO, Deitos BG, <i>et al.</i>	2014	“Entonces, los facilitadores para la rehabilitación son definidos como factores ambientales y relevantes para la promoción de la funcionalidad y la prevención de incapacidades. En este sentido, el ambiente con una infraestructura adecuada viabiliza la utilización de recursos de tecnología asistencial que actúan como facilitadores, tales como: silla de ruedas, andadores, muletas, sillas de baño y parapodium, entre otros”. p. 125.
Amaral FLJ, Holanda CM, <i>et al.</i>	2013	“Mejoras en los aspectos socioeconómicos como en los niveles de escolaridad, capacitación profesional y, consecuentemente, en la renta personal y familiar posibilitaría a estas personas una mayor conciencia de su papel en la sociedad, lo que representaría una búsqueda más autónoma por sus derechos, teniendo como consecuencia una mejor condición de salud”. p. 1836 (traducción libre de la autora).
Machado WCA, Machado DA, <i>et al.</i>	2013	“Se concluye que es necesario tomar medidas efectivas para los profesionales de enfermería, como comunicarse adecuadamente con los pacientes sordos, comenzando con el suministro regular de disciplinas específicas en todos los cursos y programas de educación”. p. 283.
Pintanel AC, Gomes GC, <i>et al.</i>	2013	“Como dificultades se tuvo el desconocimiento sobre la enfermedad y la forma de cuidar del niño, la falta de acceso a los servicios de salud, la carga por la dependencia del niño y la falta de apoyo y prejuicio familiar. Como facilidades, se refieren a la ganancia del desarrollo saludable del niño, la convivencia con profesionales cualificados para su educación y el contacto con otros niños con el mismo problema”. p. 86.

Cuadro 2. Continuación.

Rocha LL, Vieira SL, <i>et al.</i>	2013	“La cultura organizacional, la arquitectura, la geografía y las barreras comunicacionales restringen la demanda en el uso de los servicios de salud bucal en este segmento social”. p. 12 (traducción libre de la autora).
Silva FCM, Sampaio RF, <i>et al.</i>	2013	“Se evaluaron las características individuales, la participación social y la percepción de las barreras ambientales de 226 pacientes tratados en un servicio público de rehabilitación de referencia”. p. 250 (traducción libre de la autora).
Tedesco JR, Junges JR.	2013	“El acogimiento y el vínculo son fundamentales para el acceso y la reorganización de las acciones, en los portadores de necesidades especiales, exigen una atención específica principalmente en los portadores de sordera que presentan mayor desafío en la recepción de sus necesidades porque la escucha calificada se presenta como una barrera en el lenguaje”. p. 1685 (traducción libre de la autora).
Hijuelos Cárdenas ML, Angarita Fonseca A, <i>et al.</i>	2012	“Se encontraron 108 Personas con Discapacidad (PcD), la prevalencia de discapacidad de esta población fue de 1,3% (IC 95% 1,1-1,6), la vereda con mayor prevalencia fue Los Teres (9,4%; IC95% 5,1-15,5). De las 108 PcD, el 48% corresponde a género femenino y el 47,2% se encuentra entre 15 y 44 años. La estructura corporal con mayor deficiencia fue el sistema nervioso, con un 64,8%, y las actividades de demanda general fueron las más afectadas (57,4%). Los problemas con servicios, sistemas y políticas de transporte, seguro social, salud y educación constituyen el principal facilitador (57,4%)”. p. 238.
Mattevi BS, Bredemeier J, <i>et al.</i>	2012	“En base a diversas perspectivas identificadas en este estudio, se recomienda reforzar políticas de salud y de calidad de vida para personas con discapacidad, que tomen en cuenta la percepción de la población en el contexto del país y de la cultura”. p. 194 (traducción libre de la autora).

Cuadro 2. Continuación.

Souza FDR, Pimentel AM.	2012	“Tales datos evidencian una población caracterizada por un complejo multifacetado de exclusión y privación colectiva y apuntan a la necesidad de comprensión de los procesos sociales en la mejoría de asistencia ofrecidas a las poblaciones”. p. 229 (traducción libre de la autora).
Aragão AKR, Sousa A, <i>et al.</i>	2011	“Se percibe que la accesibilidad no se restringe solo al uso de los servicios, sino que incluye también la adecuación de los profesionales y de los recursos tecnológicos de salud, posibilitando que los niños y adolescentes con deficiencia tengan las mismas oportunidades que toda la población”. p. 163 (traducción libre de la autora).
Simonelli AP, Camarotto JA.	2011	“Se puede verificar que, en las tareas analizadas, la falta de accesibilidad se presentó como barrera de inclusión, visto que en algunas situaciones no se permite la utilización de facilitadores como, por ejemplo, sillas de ruedas que garanticen la participación y la realización de actividades”. p. 23 (traducción libre de la autora).
Serrano RCP, Camargo LDM.	2011	“Dentro de estas, se han mencionado factores físicos como barreras de accesibilidad, factores personales-sociales relacionados con actitudes y factores políticos, entre los que se identificaron la destinación insuficiente o inadecuada de recursos, la inexistencia del tema en los proyectos educativos institucionales y la falta de capacitación docente”. p. 294.
Castro SS, Cieza A, <i>et al.</i>	2011	“Describir la ocurrencia de problemas autorreferidos de accesibilidad a los servicios de salud utilizados por parte de las personas con discapacidad”. p. 1693 (traducción libre de la autora).
Castro SS, Cieza A, <i>et al.</i>	2011	“En conclusión los discursos expresan que las personas con algún tipo de déficit hacen uso de diversos tipos de transporte, demorando períodos variables y necesitando de compañía en algunos casos. Problemas de accesibilidad fueron relatados por los sujetos con deficiencias, violando el principio de equidad”. p. 104 (traducción libre de la autora).

Cuadro 2. Continuación.

Pereira PC, Fortes PA.	2010	“La investigación encontró dificultades de comunicación entre pacientes y servicios de salud, traducidos en choques culturales en los servicios, distinguiéndose el rol de los acompañantes, cuidadores, profesionales, traductores e intérpretes”. p. 31 (traducción libre de la autora).
Riberto M, Miyazaki MH, <i>et al.</i>	2010	“El proceso de <i>triage</i> en los centros de rehabilitación consiste en una evaluación de las condiciones del paciente, potencial usuario de los servicios prestadores en las unidades del sistema de salud”. p. 130 (traducción libre de la autora).
Córdoba Andrade L, Gómez Benito J, <i>et al.</i>	2010	“Y como extensión natural de la calidad de vida individual se está avanzando en la medición de la calidad de vida de las familias que tienen uno de sus miembros con discapacidad (Schallock & Verdugo, 2002), como primer y fundamental paso para determinar los apoyos requeridos para que la persona con discapacidad y su familia logren una mejor adaptación y desarrollo en sus contextos”. p. 370.
Ianni A, Pereira PCA.	2009	“Presentar las dificultades en el acceso de la población sorda a los servicios de atención básica y la percepción de los gerentes de las unidades de salud al respecto”. p. 90 (traducción libre de la autora).
Freire DB, Gigante LP, <i>et al.</i>	2009	“Las personas con deficiencia auditiva, pueden presentar dificultades en la adquisición del lenguaje, y en el habla, y en las habilidades cognitivas, llevando a los individuos al aislamiento. Los individuos sordos tienen condiciones de salud inferiores en relación con los oyentes y parecen acceder a los servicios de salud de manera diferente”. p. 893 (traducción libre de la autora).
Siqueira FCV, Facchini LA, <i>et al.</i>	2009	“El envejecimiento poblacional, el aumento de la demanda por parte de los ancianos, el aumento de los padecimientos crónicos y la utilización de las unidades de salud por personas con deficiencia física tornan indispensable la intervención institucional en el sentido de calificar y promover mejoras en la estructura de las unidades de salud”. p. 39 (traducción libre de la autora).

Cuadro 2. Continuación.

Pagliuca LMF, Aragão AEA, <i>et al.</i>	2007	“Pesquisa sobre las barreras físicas encontradas por los portadores de deficiencia en áreas internas de cuatro hospitales de Sobral – Ceará”. p. 582 (traducción libre de la autora).
Silva AIT, Agnelli LB, <i>et al.</i>	2004	“Un factor importante que contribuye en la inclusión de los niños portadores de deficiencia física en la escuela regular y la participación en actividades funcionales que dan soporte al desenvolvimiento y competencias pedagógicas y sociales relacionadas con programas educacionales”. p. 5 (traducción libre de la autora).

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 3. Resultados de Análisis. Modelo político de la discapacidad.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Lima MP.	2016	“Aunque los anuncios contemplan diversa información relacionada con el empleo, hay pruebas claras de que no están equipados para recibir los trabajadores con discapacidad. Además, necesitan una mejor orientación sobre la eliminación de prácticas discriminatorias”. p. 63.
Fiorati RC, Elui VMC.	2015	“Entre tanto, considerando los determinantes sociales de la salud y la erradicación de las inequidades sociales, existe la urgencia de atender las necesidades de provisión de cuidados en los diversos contextos locales, todavía identificados por dificultades en el acceso a bienes materiales e inmateriales, y a oportunidades sociales”. p. 335.
Pantano L.	2015	“Se arribó a la conclusión de que los hogares con presencia de discapacidad son más deprimidos y que, al parecer, la circunstancia de la discapacidad agudiza la situación de pobreza, ya sea por los costos diferenciales que supone la atención a la discapacidad [...], por la falta de capacitación y acceso al trabajo o por el desaliento al trabajo de familiares, pero también por la falta de redes sociales o asistencia y el apoyo de organismos del Estado [...]”. p. 58.
Moreira LB, Cappelle MCA, <i>et al.</i>	2015	“Aunque hay avances en este debate, incluso de carácter legislativo, se observan diferencias cuando se habla de la labor para estas minorías”. p. 59.
Tette RPG, Freitas MNC.	2015	“Mediante la obligación de contratación de personas con discapacidad proveniente de la Ley de cuotas, el proceso de inclusión de personas con discapacidad (PcD) en las organizaciones brasileras ha sido impregnado por los desafíos, tanto para las empresas como para las propias PcD”. p. 217.

Cuadro 3. Continuación.

Dos Santos V, Fernández A.	2014	“A pesar de que existen políticas y reglamentos nacionales sobre la salud mental de niños y adolescentes alineadas con la doctrina de la protección integral, se verifica un insuficiente número de servicios con una distribución desigual entre las macroregiones”. p. 1 (traducción libre de la autora).
Rodríguez Celin M, Bevilacqua MS, <i>et al.</i>	2014	“La Ley de Educación Nacional de la República Argentina tiene presente el derecho a la educación inclusiva. A pesar de esto, la encuesta nacional de personas con discapacidad del año 2003 evidenció que asisten a la escuela un 80% de los niños de entre 3 y 17 años con algún tipo de discapacidad. Con respecto al nivel alcanzado, la mayoría de las personas con discapacidad se ubican en el nivel primario completo/ secundario incompleto”.
Aragão JS, Magalhães IMO, <i>et al.</i>	2014	“El capítulo VII del decreto de la ley N° 5626, del 22 de diciembre de 2005 (Brasil 2005), que trata de la garantía del derecho a la salud de las personas sordas o con discapacidad auditiva, en la red del Sistema Único de Salud, bien con las empresas que tienen concesión o permiso de servicios públicos de asistencia de la salud, realizado por profesionales capacitados en el uso del lenguaje de señas brasilera, o para su traducción e interpretación”. p. 90 (traducción libre de la autora).
Ianni A, Pereira PCA.	2014	“Políticas Públicas: refieren la escasez de profesionales destinados a rehabilitación. Respecto a la Secretaría de Educación, esta se comporta como puerta de entrada para la atención de la salud, más se sabe que la mayoría de la población sorda está excluida de las escuelas”. p. 91 (traducción libre de la autora).
Ríos A, Miguel Cruz A, <i>et al.</i>	2013	“El principio de justicia distributiva puede lograrse mediante el incremento y la optimización de los recursos locales en asistencia tecnológica. El resultado del estudio muestra diferencias en la provisión de necesidades de asistencia tecnológica entre quienes pertenecen a un estrato socio-económico, o rango de edad, o presentan algún tipo de limitación, y que también tienen derechos a los beneficios de la asistencia tecnológica”. p. 443 (traducción libre de la autora).

Cuadro 3. Continuación.

Moreno Angarita M, Cortés Reyes E, <i>et al.</i>	2013	“La construcción de una herramienta que a través de la evaluación y certificación de la condición de discapacidad busca identificar a las personas con discapacidad como titulares de los derechos establecidos en la Ley, facilitando su acceso en condiciones de equidad, es una clara evidencia del compromiso del Estado Colombiano, de avanzar hacia una sociedad incluyente”. p. 517.
Hijuelos Cárdenas ML, Angarita Fonseca A, <i>et al.</i>	2012	“Se encontraron 108 Personas con Discapacidad (PcD), la prevalencia de discapacidad de esta población fue de 1,3% (IC 95% 1,1-1,6), la vereda con mayor prevalencia fue Los Teres (9,4%; IC95% 5,1-15,5). De las 108 PcD, el 48% corresponde a género femenino y el 47,2% se encuentra entre 15 y 44 años. La estructura corporal con mayor deficiencia fue el sistema nervioso, con un 64,8%, y las actividades de demanda general fueron las más afectadas (57,4%). Los problemas con servicios, sistemas y políticas de transporte, seguro social, salud y educación constituyen el principal facilitador (57, 4%)”. p. 238.
Aznar AS, González Castañón D, <i>et al.</i>	2012	“El análisis estadístico mostró que las relaciones familiares, la participación comunitaria, los cuidados domiciliarios y el nivel de discapacidad afecta la experiencia de derechos, entre las personas con discapacidad intelectual”. p. 1046 (traducción libre de la autora).
Arango Soler JM, Santander JM, <i>et al.</i>	2012	“Teniendo en cuenta lo anterior, la inclusión de las personas con discapacidad al mercado laboral surge como una necesidad prioritaria no sólo para esta población sino para la sociedad, permitiéndoles la adquisición de un empleo remunerado, en condiciones óptimas, independientemente de sus limitaciones estructurales y funcionales y en el cual se superen obstáculos como la falta de reglamentación al respecto, el poco compromiso de las empresas a colaborar con esta causa y los imaginarios sociales que configuran la exclusión social de este grupo”. p. 845.

Cuadro 3. Continuación.

Serrano CPR, Camargo DML.	2011	Entre las fortalezas vale la pena destacar que este es el primer estudio realizado en nuestro contexto que proporciona una visión inicial de los factores que están contribuyendo a la implementación de las políticas de inclusión de las personas discapacitadas en el ámbito educativo, o dificultándola. p. 297.
Simonelli AP, Camarotto JA.	2011	“La ley 8213/91 (Brasil, 1991 ^a) se presenta como facilitadora en la participación de las personas con discapacidad en el mercado formal de trabajo, ya que garantiza la reserva de vacantes en el mercado y obliga a las empresas a la contratación y prevé la no exigencia de experiencia profesional o edad de contratación”. p. 23 (traducción libre de la autora).
Cavalcante FG, Marinho ASN, <i>et al.</i>	2011	“Las diferentes formas de violencia y de violación de derechos, cuando están asociada a la pobreza, a las desigualdades en la renta y en la escolaridad de los padres, la falta de infraestructura y de condiciones precarias o inexistentes de vivienda, desafían a las instituciones que actúan en el campo de la deficiencia a diversificar sus recursos y estrategias”. p. 54 (traducción libre de la autora).
Serrano RCP, Camargo LDM.	2011	“Se realizó un estudio descriptivo conducente a explorar los posibles factores barrera y facilitadores para la implementación de las políticas de inclusión de las personas discapacitadas en las instituciones educativas de básica primaria, básica secundaria y media, durante el 2010, en la ciudad de Bucaramanga”. p. 289.
Elias MP, Monteiro LMC, <i>et al.</i>	2011	“Entre los beneficios incluidos se pueden citar algunos bastante importantes para los pacientes como los beneficios de prestación continuada, Passe Livre, Intermunicipal y Matrícula en la Escuela próxima al lugar de residencia, no en tanto así como es mencionado por el Minc estos aparentemente, no están disponibles”. p. 1043 (traducción libre de la autora).
Molina Marín G, Jiménez Campiño SA, <i>et al.</i>	2010	“Analizar las características de las acciones de tutela en salud interpuestas por usuarios de los servicios de salud de la ciudad de Leticia, localizada en la Amazonia colombiana”. p. 335.

Cuadro 3. Continuación.

Buitrago Echeverri MT, Ortiz Rodríguez SP, <i>et al.</i>	2010	“Los determinantes se entienden como procesos estructurados socialmente que se interrelacionan y pueden ser intervenidos en tres diferentes dominios, uno de los cuales, considerado en este estudio, corresponde al dominio global o general, expresado en las macroestructuras, en las políticas, formas y estructuras de gobierno y en el ordenamiento social”. p. 5.
Cavalcante FG, Marinho ASN, <i>et al.</i>	2009	“Concluimos que, cuando las deficiencias están asociadas a formas de violencia y a violación de derechos, las instituciones deben desenvolver estrategias de amparo social y de apoyo en red para mejorar la calidad de vida de sus usuarios”. p. 45 (traducción libre de la autora).
Lima MLLT, Lima MLC.	2009	“Entre los coordinadores de los municipios en cuya estructura está incluida la política Nacional de Salud de las Personas con Deficiencia, apenas cuatro afirman conocerla, aunque no pueden detallar en qué situación adquirieron ese conocimiento”. p. 604 (traducción libre de la autora).
Souza NSS, Santana VS, <i>et al.</i>	2008	“Fueron analizados los datos sociodemográficos, ocupacionales de salud referentes a 29.658 registros de beneficios por incapacidad temporaria concedidas por daños a la salud por el Instituto Nacional do Seguro Social en el Estado de Bahía, en el año 2000”. p. 630 (traducción libre de la autora).
Gaspar JC, Oliveira MAC, <i>et al.</i>	2007	“Se buscó comprender como las desigualdades sociales y de salud se expresan en el perfil de salud/enfermedad de personas, con pérdidas funcionales y dependencia, atendidas en el domicilio por equipos de Salud de la Familia en los distritos administrativos del municipio de São Paulo. Los distritos fueron agrupados en relación al Índice de Exclusión Social por medio de un análisis de <i>cluster</i> , seguida de la descripción estadística de las variables, comparándolas entre sí”. p. 619.

Cuadro 3. Continuación.

Diniz D, Squinca F, <i>et al.</i>	2007	“Las acciones judiciales, las acciones civiles públicas, o mismo las nuevas interpretaciones adoptadas por los médicos peritos son, por un lado, la expresión de un proceso continuo de revisión de cualquier política pública y de garantías de derechos individuales y también pueden representar amenazas para algunos de los fundamentos éticos de beneficio de prestación Continuada y de seguridad social”. p. 2594 (traducción libre de la autora).
Souza J M, Carneiro R.	2007	“Con base en las informaciones disponibles en las investigaciones describimos la relación entre pobreza y deficiencia para poner en evidencia las consecuencias perversas de una política social común practicada en el país, que se revela incapaz de asegurar el acceso universalizado a los servicios esenciales de la población”. p. 69 (traducción libre de la autora).
Hernández Jaramillo J, Hernández Umaña I.	2005	<p>“Este documento plantea las relaciones entre la política económica y la discapacidad. Representa un intento por proveer un análisis teórico para la política económica en discapacidad en Colombia”. p. 130.</p> <p>“Se formularon las siguientes hipótesis: 1. Las PDC se encuentran social y económicamente excluidas de las oportunidades de empleo, ingresos y educación; 2. La discapacidad aumenta con la edad; 3. Existe un aumento de las cifras de discapacidad para grupos atípicos de edad; 4. Las oportunidades de educación son bajas para las PcD; 5. Hay una relación entre pobreza y discapacidad; 6. La discapacidad se concentra en las áreas rurales y 7. La discapacidad se manifiesta de forma distinta en razón del género”. p. 134.</p>

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 4. Modelo universal de la discapacidad. Resultados de Análisis.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Moreira LB, Cappelle MCA, <i>et al.</i>	2015	“Las personas con discapacidad entrevistadas tenían una visión de sí mismas y también una percepción sobre como creían que eran vistos por los otros, lo cual influye en su forma de comportamiento respecto a los demás”. p. 57 (traducción libre de la autora).
Silva MBB.	2015	“Notamos que a medida que algunos habitantes son considerados ‘locos’, eran considerados pacientes en la casa de reposo local, hora ‘usuarios’, al ser matriculados en establecimientos de la red, hora clientes, según su frecuencia en el mismo, ‘juguetones’, ‘nerviosos’, y ‘barulleros’, de acuerdo con su comportamiento en público, y algunos de ellos objetos de discusión en los establecimientos de salud, tornándose ‘casos clínicos’”. p. 353 (traducción libre de la autora).
Souza MCMR.	2014	“Este estudio tiene como objetivo comprender las representaciones de los usuarios y profesionales de servicios de salud mental, acerca de la sexualidad de los primeros”. p. 2165 (traducción libre de la autora).
Barbosa JAG, Guimarães MDC, <i>et al.</i>	2013	“Son las concepciones que generan y alimentan desigualdades de condiciones entre hombres y mujeres, propician abusos de poder y favorecen la vulnerabilidad de ambos. Se trata de concepciones originadas en el modelo patriarcal, aprendidas desde la infancia e internalizadas por los individuos como naturales, siendo permanentemente retroalimentadas dentro de un proceso complejo de elaboración cultural”. p. 460 (traducción libre de la autora).
Soares MVB, Carvalho AMP.	2009	“Se trata de un paso más para adecuar los servicios de la salud mental frente a esa demanda, para que esas mujeres sean reconocidas no solo como portadoras de trastornos mentales”. p. 30.

Cuadro 4. Continuación.

Othero MB, Dalmaso ASW.	2009	“La investigación aquí presentada tiene como objetivo conocer las representaciones de los profesionales de un centro de salud escuela de la ciudad de San Pablo sobre la discapacidad y sobre el papel de la atención primaria ante las necesidades de esta población”. p. 177 (traducción libre de la autora).
White C.	2008	“Este artículo explora sobre el estigma iatrogénico, o sea el estigma por parte de los médicos o por la biomedicina en general, hacia pacientes que se encuentran en tratamiento por lepra o enfermedad de Hansen”. p. 25 (traducción libre de la autora).
van Brakel WH, Anderson AM, <i>et al.</i>	2006	“Desarrollar la escala de medición social, de participación para el uso de la rehabilitación, reducción del estigma y programas de integración”. p. 3 (traducción libre de la autora).

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 5. Resultados de Análisis. Modelo biopsicosocial de la discapacidad.

Referencia abreviada	Año	Unidad de registro
Aragão JS, França ISX.	2016	“El concepto de vulnerabilidad se refiere a la susceptibilidad de un individuo que se expone a la enfermedad, considerando aspectos denominados ‘dimensiones de vulnerabilidad individual’, que comprenden aspectos biológicos, cognitivos y actitudes de los individuos, de vulnerabilidad social, incluidos los factores sociales, culturales, económicos, y de vulnerabilidad programática, que hace mención a los recursos que son necesarios para la protección y la calidad de vida de los individuos”. p. 3144 (traducción libre de la autora).
Guerra CS, Dias MD, <i>et al.</i>	2015	“Es importante resaltar la necesidad de que los profesionales de la salud, se adentren en este universo de exclusión y preconceptos, trabajando en el rol de inclusión de los individuos en la sociedad, mediante el cuidado puesto específicamente en sus necesidades y anhelos, por encima de todo, ayudando a las madres a aceptar a sus hijos de acuerdo a sus posibilidades”. p. 464 (traducción libre de la autora).
Camargo Rojas DA, Castro Alzate ES, <i>et al.</i>	2014	“La perspectiva propuesta por el grupo investigador articula la multidimensionalidad de la discapacidad al incorporar el concepto de restricción en la participación como los problemas que presentan las personas incluidas en la muestra para enfrentarse ante situaciones vitales en entornos cotidianos”. p. 238.
Pereira TTSO, Santos MA.	2012	“Los participantes resaltaron su satisfacción en trabajar en el área de la salud mental y de poder lidiar con la diversidad humana, aprendiendo a deshacer preconceptos y prejuizgamientos, aceptar las diferencias y lidiar con las potencialidades y los límites del otro, sea este usuario o profesional”. p. 6 (traducción libre de la autora).

Cuadro 5. Continuación.

Cobo Mejía EA, Sandoval Cuellar C, <i>et al.</i>	2012	“El registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad tiene como fundamentación teórica lo expuesto por la OMS en la CIF-2001, el cual, está compuesto por siete componentes: localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación, participación y trabajo, por lo cual, los datos obtenidos se agrupan respondiendo a estas”. p. 780.
Cavalcante FG, Marinho ASN, <i>et al.</i>	2011	“El riesgo aumentado de violencia está asociado a la combinación de factores, sociales, culturales, y económicos y no a la deficiencia en sí misma, el modo en que esta se combina con factores de riesgo, (aislamiento social, estigma, estrés psicosocial y otros disturbios) y factores protectores, cuidados personales y sociales, acceso a servicios, escuela, y beneficios) o a la vulnerabilidad asociada a la deficiencia (imposibilidad de andar, de ver, de oír, de gritar y pedir ayuda, o de discernir sobre cierto o errado)”. p. 47 (traducción libre de la autora).
Henao Lema CP, Pérez Parra JE.	2011	“En el presente estudio la evaluación de la discapacidad se realizó con el instrumento WHODAS II (World Health Organization – Disability Assessment Schedule), el cual es conceptualmente compatible con la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud) y permite evaluar de forma multidimensional el funcionamiento humano y la discapacidad con énfasis en los componentes de actividad y participación, independiente del diagnóstico médico”. p. 55.
Elias MP, Monteiro LMC, <i>et al.</i>	2011	“Unos pasos importantes para revertir el cuadro son la necesidad de ver a las personas con discapacidad como verdaderos ciudadanos, reducir los prejuicios y la discriminación, y la creación de políticas públicas e institucionales adecuadas para responder a las necesidades físicas, clínicas, y psicosociales”. p. 1048 (traducción libre de la autora).
Martins EF, Sousa PH, <i>et al.</i>	2011	“La presente experiencia combina el uso de la CIF aplicada a pacientes con ACV que se encuentran bajo cuidados domiciliarios”. p. 2064 (traducción libre de la autora).

Cuadro 5. Continuación.

Castro LM, Maxta BSB.	2010	“Teniendo en vista esas consideraciones se torna importante producir nuevas reflexiones sobre las iniciativas en salud mental, comprometidas en el territorio, para el desenvolvimiento de las habilidades cotidianas de los usuarios, en los procesos de sufrimiento y vulnerabilidad que se encuentran inmersos”. p. 4 (traducción libre de la autora).
Rodrigues RC, Marinho TPC, <i>et al.</i>	2010	“Este estudio busca comprender la relación entre trabajo, padecimiento mental y rehabilitación psicosocial a partir de las narrativas de las personas portadoras de trastornos mentales y usuarias de sustancias psicoactivas, sobre el sentido del trabajo”. p. 1615 (traducción libre de la autora).
Buitrago Echeverri MT, Ortiz Rodríguez SP, <i>et al.</i>	2010	“Las necesidades generales se mezclan en sus relatos con las de tipo singular y particular, y ello evidencia no sólo la estrecha relación existente entre ellas, sino la complejidad que se requiere para su abordaje integral”. p. 74.
Alvarado A, Moreno ME, <i>et al.</i>	2009	“Desarrollar y evaluar, junto con la comunidad, la percepción del programa fundamentado en un modelo socioecológico, con el fin de promover la inclusión social de las personas en situación de discapacidad y la de sus familias, desde el desarrollo personal, familiar y comunitario”. p. 64.
Alvarado A, Moreno ME, <i>et al.</i>	2009	“En este sentido todos los núcleos del modelo socio-ecológico aquí propuesto, de desarrollo personal y familiar, de desarrollo comunitario, de redes de bienestar y de comunicación, están en disposición y a la vez en interacción con cada uno de los subsistemas a nivel individual y familiar, comunitario e institucional, para ir logrando cambios que se retroalimentan y se modifican de acuerdo con las necesidades”. p. 71.

Cuadro 5. Continuación.

Dalmolin BM, Vasconcellos MP.	2008	“Designada la psiquiatría como una enfermedad mental, la vivencia de intenso sufrimiento psíquico es comprendida en el presente estudio como manifestación de características psíquicas en la vida de una persona, el padecimiento mental envuelve un conjunto de elementos que la constituyen, ya sea de orden neurológico, físico, social, cultural, religioso, filosófica o económica, que trae a su portador un expresivo sufrimiento psíquico”. p. 50 (traducción libre de la autora).
Moreno Fergusson ME, Rodriguez MC, <i>et al.</i>	2006	“La condición de la discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona y de sus familiares, los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud y la modificación en el rol y en las actividades sociales”. p. 79.

Fuente: elaboración propia.