

DOCUMENTO DECLARATIVO CONJUNTO

Las organizaciones de personas con discapacidad, académicas, de derechos humanos y gubernamentales abajo firmantes, pertenecientes a distintas localidades del país; reunidas los días 19 de marzo, 23 de abril, 2 de julio, 31 de agosto, 1 de septiembre y 12 de octubre del año 2012, celebramos el avance positivo que significó la ratificación de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD) en 2008, al reafirmar un modelo de derechos humanos para el colectivo de personas con discapacidad (PCD).

Reconocemos algunos esfuerzos realizados por el Estado para implementar la CDPD pero observamos con profunda preocupación la ausencia de estrategias integrales en todos los niveles (ejecutivo, legislativo y judicial) que logren la plena efectividad de los principios y mandatos consagrados en el tratado en todas las jurisdicciones del país.

A casi 5 años de su ratificación tanto a nivel nacional así como en nuestras localidades, las políticas dirigidas a las PCD se realizan desde la óptica del modelo médico, considerando a la PCD como un receptor pasivo de cuidados profesionales en instituciones y de asistencia socio-económica. Este modelo se opone a lo establecido por la CDPD, la cual consagra el respeto de la autonomía individual de la PCD, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y su independencia (artículo 3, 12,19 y concordantes de la CDPD).

El artículo 19 de la CDPD establece que el Estado debe asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir sin verse obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico y tengan acceso a los servicios de apoyo necesarios, incluida la asistencia personal, para facilitar su existencia e inclusión en la comunidad y evitar su aislamiento o separación de esta.

Reconocemos que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N° 26.657, en diciembre de 2010, significó un avance en dicho sentido al orientar el abordaje en salud mental hacia la desinstitutionalización; privilegiar la atención en la comunidad y promover que las autoridades de cada jurisdicción implementen acciones de inclusión social plena. La reciente aprobación de su decreto reglamentario (n°603/2013) reafirma y amplía los derechos consagrados y fortalece el proceso de cambio. Sin embargo, la ausencia de políticas públicas integrales para una adecuada implementación, es el factor clave que señala los nuevos desafíos para revertir la perspectiva institucionalizante aún imperante.

Es necesario subrayar que muchas de las prestaciones de rehabilitación o médico asistenciales que contempla la ley de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de la personas con discapacidad N° 24.901, no favorecen una vida autónoma en la comunidad de las personas con discapacidad, dado

que generan y refuerzan prácticas segregadoras bajo la órbita de cuidados profesionales a donde se ubicará a la persona con discapacidad.

Con la finalidad de realizar aportes sustantivos a las acciones estatales aún pendientes y reconociendo que el artículo 19 de la CDPD debe ser la directriz irrenunciable de dichas acciones, consideramos fundamental avanzar en los siguientes puntos:

* IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SERVICIOS DE APOYO PARA LA VIDA AUTÓNOMA QUE EVITE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE PCD, CUALQUIERA SEA SU DISCAPACIDAD, Y FAVOREZCA SU VIDA INCLUIDA EN LA COMUNIDAD.

*ARMONIZAR LA LEGISLACIÓN INTERNA A LA CDPD. Dado que el ordenamiento jurídico mantiene importantes inconsistencias con los mandatos de la CDPD, para avanzar hacia la implementación de políticas que favorezcan la autonomía de las PCD y su plena inclusión en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás, consideramos necesario tomar todas las medidas necesarias para armonizar la legislación a nivel federal, provincial y local con los preceptos de la Convención, contando para ello con la participación efectiva de las organizaciones de personas con discapacidad, en concordancia con el artículo 4. 3 de dicho tratado.

* IMPLEMENTAR POLÍTICAS PÚBLICAS ACORDES A LA CDPD. Las políticas públicas que se diseñen en materia de discapacidad y de salud mental deben ser acordes a los principios de la CDPD. Comprendemos que los procesos de armonización legislativa son largos y complejos, pero esto de ninguna manera puede constituirse en un obstáculo para que las políticas públicas que se diseñen respeten los mandatos de la Convención.

*REGLAMENTAR E IMPLEMENTAR PLENAMENTE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL. Es necesario adoptar en forma urgente la reglamentación de la LNSM; fortalecer la red de servicios comunitarios de salud mental y su coordinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de acceso a la vivienda a fin de garantizar su eficaz aplicación en todo el territorio del país.

*GARANTIZAR LA EDUCACIÓN INCLUSIVA. Implementar estrategias para garantizar el acceso de las PCD a la educación inclusiva en todos los niveles y modalidades.

* GARANTIZAR EL ACCESO AL TRABAJO para lograr una vida autónoma. Es fundamental incorporar a las PCD a puestos de trabajo públicos y privados con el apoyo necesario, con capacitación en los mismos puestos de trabajo. Es necesario que se cumpla con el cupo laboral para personas con discapacidad en la administración pública y establecimiento de cupo laboral en sector privado.

Asimismo, observamos que las políticas actuales relativas a la garantía del acceso al trabajo de las PCD deberían ser objeto de una revisión estructural, teniendo en cuenta los siguientes ejes:

- DEBE CONTEMPLARSE EL TRABAJO COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA AUTONOMÍA.
- La creación de empresas sociales favorece la inclusión socio-laboral autónoma de las PCD.
- La capacitación debería estar orientada hacia posibilidades laborales reales, cuestión que vemos más forzada en el ámbito del trabajo público que del privado.
- Con relación a la capacitación vinculante al acceso a un puesto de trabajo, consideramos que el derecho al trabajo está por encima de la capacitación y que las exigencias de capacitación a las PCD deben encuadrarse en el principio de igualdad de oportunidades.
- A los efectos de evitar la capacitación permanente de las PCD que no persiguen objetivo alguno, dicha formación debe realizarse en el puesto de trabajo, como ocurre con el resto de las personas.
- Repudiamos las prácticas que apuntan a las capacitaciones eternas, que luego se transforman en actividades de entretenimiento.
- Es imprescindible que exista una relación entre la formación y la demanda laboral, adecuada a la realidad.

En este contexto consideramos que las políticas públicas de servicios para la vida autónoma sean abordadas bajo los siguientes lineamientos:

- 1- DESDE LA OPTICA DE DERECHOS HUMANOS
- 2- DESDE UNA PERSPECTIVA INCLUSIVA
- 3- DESDE EL PLENO RECONOCIMIENTO DE LA CAPACIDAD JURIDICA

Por lo descripto previamente, las entidades reunidas exhortamos a las autoridades públicas a diseñar e implementar *políticas de servicios para la vida autónoma* que contemplen las siguientes características:

- 1- NO INSTITUCIONALIZANTES.

2- QUE LLEGUEN A TODO EL PAIS, COORDINADAS Y GARANTIZADAS POR EL ESTADO. Esto implica transversalizar la perspectiva de discapacidad. Que los servicios sean accesibles y de calidad en todo el territorio del país, poniendo énfasis en las zonas más alejadas o despobladas, que hasta ahora se han visto postergadas.

Debe existir un área en el Estado que tome a su cargo la coordinación de la planificación centrada en la persona y articule con otras áreas del Estado que sean necesarias (vivienda, trabajo, educación, recreación, entre otras).

Lo público estatal debe estar siempre presente en todas las personas, independientemente de la cobertura de seguridad social, ya que el Estado debe garantizar que no se viole el derecho a la vida autónoma, ni ningún otro derecho.

3- CON FINANCIAMIENTO ESPECÍFICO Y REORIENTACIÓN DE RECURSOS. Financiamiento para servicios que fomenten la vida autónoma, como servicios de asistencia personal, reorientando todos los recursos que hoy se destinan a actividades relacionadas con el modelo médico e institucionalizante.

4- PARA TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Sin distinciones por edad, tipo de discapacidad y lugar de residencia.

5- GARANTIZANDO LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD en dos niveles:

- Participación (a través de organizaciones representativas y no de prestadores) en lo que respecta a diagnóstico, planificación, implementación, evaluación y monitoreo de la política pública que se genere. Es imprescindible que se garantice la representatividad y legitimidad política del colectivo en dichas organizaciones.
- Participación de cada PCD en lo que respecta al diseño de los apoyos que considera que necesita (qué tipos de apoyo, duración, frecuencia, en qué momentos de su vida y en qué lugares). Es la planificación centrada en la persona la que garantiza que los apoyos no se piensen en forma estandarizada a partir de diagnósticos médicos o medición de funcionalidades y permite contemplar ámbitos de vida de la persona (rural, urbano, accesibilidad en su hábitat, etc.).

En este sentido sostenemos que los cargos estratégicos deben ser ocupados por PCD. Para garantizar la participación de las PCD en la toma de decisiones acerca de su propia vida y asegurarles los apoyos que requieran, en aquellos

casos en los que las subjetividades han sido arrasadas por los años de institucionalización (en instituciones totales o en las propias familias), es necesario prever instancias intermedias. En esta situación se requieren espacios transicionales como casas asistidas, tratamientos con apoyos hacia afuera, etc.

- LAS PCD Y SUS FAMILIAS DEBEN CONTAR CON INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO RESPECTO A ESTOS SERVICIOS.

6- LOS APOYOS REQUERIDOS SE DEBEN DESARROLLAR EN TODOS LOS AMBITOS DE LA VIDA DE LA PCD, incluyendo vivienda, trabajo, educación, recreación entre otros.

En particular, consideramos imprescindible permitir el ingreso de quienes brindan la asistencia personal a los ámbitos educativo y laboral.

7- Los SERVICIOS DE APOYO deben contemplar como mínimo las siguientes características:

- Quiénes lo presten deben tener FORMACIÓN EN DERECHOS HUMANOS Y EN LA PERSPECTIVA DE VIDA INDEPENDIENTE para que no haya sustitución de la voluntad de la persona. También pueden requerir cierta capacitación sobre cuidados propios del trabajador.
- Estos servicios no son en el marco de una terapia. Son apoyos para la vida autónoma. En tal sentido NO DEBEN SER INDICADOS NI SUPERVISADOS POR MÉDICOS. Por tanto no entran la lógica de prestaciones reconocidas por obras sociales vía Ley 24901 ni en la lógica de prestaciones de rehabilitación o de “salud/terapia”.
- Además de los servicios de apoyo humanos deben pensarse en APOYOS TECNOLÓGICOS, en EQUIPAMIENTO ADECUADO.

8- ESTOS SERVICIOS PUEDEN SER PRESTADOS A TRAVÉS DE DISTINTOS SISTEMAS COEXISTENTES:

- Contratación directa
- Empresas privadas
- Cooperativas
- Cooperativas mixtas
- Público

Con independencia del sistema que se adopte, el Estado debe garantizar que los servicios se presten a quienes lo requieran.

9- DEBE CONTEMPLARSE LA VIVIENDA COMO UN REQUISITO FUNDAMENTAL. Para que una persona con discapacidad no se vea obligada a vivir de acuerdo a un sistema de vida específico, ser institucionalizada, es fundamental la generación de políticas de acceso a viviendas propias o alquiladas.

Estas viviendas deben contar con la accesibilidad física y funcional acordes a los requerimientos de quienes las habiten. La PCD debe ser informante clave y asegurarse su participación en el proceso de diseño de la vivienda y/o de sus adecuaciones.