

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA**

**“LA ÉTICA DEL TERAPISTA FÍSICO EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL CON
PERSONAS CON DISCAPACIDAD”**

ELABORADO POR:

STEPANIE MARIELA SOSA CAICEDO

QUITO, 2013

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia la Discapacidad ha sido concebida de diversas formas dependiendo de la época, la cultura y hasta de la religión, Muchos se sentían inmensamente atraídos hacia lo que no habían visto antes, mientras que otros sentían gran temor a lo que era **diferente**, tanto es así que en lugares como la antigua Esparta la decisión de dejar a un recién nacido con vida o no se tomaba en un cenáculo de sabios que examinaban al muchachito, si este no tenía “anomalías”, se decidía educarle, en caso contrario, era precipitado a un lugar para depositar niños deformes (Gómez, 2001, p. 198).

Con el paso de los años llega la conocida Revolución Industrial, en la cual el agente de producción pasó a constituir la base de apoyo sobre el cual se sostenía la economía. Por consiguiente, las personas eran valoradas en la medida de su capacidad de producción. Si no eran productivas, no tenían ninguna oportunidad y por lo tanto, se las segregaba y excluía.

En lo que respecta a nuestros días se ha intensificado la intervención comunitaria y social donde gobierno, organizaciones públicas y privadas toman acción siendo entre las primeras en nuestro país el Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional, CONAREP, que se encargó de la “formación ocupacional e inserción laboral de las personas con discapacidad, desgraciadamente en la mayoría de los casos la ayuda se encuentra concentrada en las grandes ciudades, las acciones de detección oportuna y de intervención temprana, sufren aún de deficiente cobertura” (CONADIS, 2011, p. 1).

Más penoso aún, muchos profesionales en la Salud siguen mirando todavía con un aire de indiferencia y apatía toda esta problemática social sin interesarse en lo más mínimo en asuntos de vital importancia, simplemente cerrando los ojos a la realidad, esperando que alguien más se interese, que alguien más lo aborde pero

mirándolo día a día tratándolo día a día, y hasta por qué no, comunicándolo día a día, con tan solo una participación mínima.

Es por ello que es más necesario que nunca que se de atención a este tema, y se luche por profundizar en la comprensión del mismo, concientizando a la sociedad con el fin de avanzar en los programas y políticas asociados con el mismo, y debido a esto, en los dos últimos decenios se ha producido un extraordinario cambio de perspectiva, pues ya no es la caridad el criterio que se aplica al analizar la discapacidad como lo demuestran recientes estudios, entre ellos, el realizado por la Fundación Víctor Grífols y Lucas, donde se analiza la Ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa y se da apertura hacia un nuevo paradigma de lo que es la discapacidad (Grífols y Lucas, 2010, p. 7). Por otra parte, Patricia Brogna aporta una reflexión de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación, hacia un nuevo paradigma de la discapacidad (Brogna, 2006, p.2).

Como se ha visto, la adopción de una perspectiva de la discapacidad hoy en día también se basa en una ética libre que da un trato a sujetos y no objetos.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge por la necesidad de no conformarse con lo se ha dicho que debe ser o no ser un Terapeuta Físico con ética, antes bien, cuestionarse, insistir y reflexionaren lo que es el terapeuta física.

Con mi trabajo no se pretende reprobar a nadie, por el contrario, se desea apoyar algunas ya establecidas líneas de progreso y ampliar la visión a lo que hasta hoy se ha “decidido” que es la discapacidad y el rol de los profesionales en salud ante la misma.

“La ciencia médica se ha limitado a intentar comprender los mecanismos biológicos implicados en las afecciones de las distintas partes del cuerpo y, al proceder así, a menudo ha perdido de vista al paciente como ser humano” (Dossey, 1992, p. 12).

Por otra parte, la discapacidad es un fenómeno y una problemática social que a lo largo de los años ha traído temor en quienes la estudian, la viven o simplemente se detienen a observarla creyendo que no tienen que ver con ella; sin embargo, es más que solo un concepto al que muchos han temido durante años, tratando de emplear expresiones “suaves” o “solapadas” por temor al prejuicio y la discriminación.

Sin intención de conceptualizarla, bien se podría decir que tiene mucho que ver con cómo se ha aprendido a ver la propia libertad pues aunque muchos van orgullosos de su presunta “libertad”, a menudo tienen más conciencia de lo que limita su libertad, que de su libertad misma, entonces se preguntan ¿cómo ser libres si los gobiernos, los engañan, si los terroristas amenazan y la falta de dinero los ata? Mas si nos fijamos con atención, solo veremos que los que así hablan, parecen quejarse, pero en realidad están muy satisfechos de saber que no son libres, y ya que “no son

libres” entonces no tienen culpa de nada, ni pueden hacer ya nada ni por ellos mismos peor aún por el sistema, la discapacidad, o cualquier otra cosa y es aquí donde entra la ética que ha sido definida ya de tantas maneras y por tantos autores y sin embargo, lo que desea es mostrarnos el “arte de vivir”. (Savater, 1999, p.4).

La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones. En nuestro país existen 1.608.334 personas con alguna discapacidad, que representan el 12.14% de la población total. Cerca de 830 000 mujeres en Ecuador tienen discapacidad (51,6%), mientras que el número de hombres con discapacidad es 778594 (48,4%). (CONADIS, 2011, p. 1).

Y a pesar de que existen distintas instituciones que han ayudado en gran manera y continúan trabajando de alguna forma, son pocos los que se han interesado en mirar sin conceptualizar y crear sin etiquetar, es por esto que tanto estudiantes, maestros y sociedad en general se benefician si se aprende a repensar en lo establecido y se aporta mirando, sintiendo y reflexionando en el papel como sociedad que se tiene, pues de más está decir que se requiere la acción social, y así, la responsabilidad colectiva de la sociedad para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

De esta forma entre los beneficiarios de la investigación se encuentra el personal médico y terapéutico que trabaja en el análisis de estos temas tan complejos y fascinantes a la vez, que lleva a los profesionales en salud, a encontrar en ellos la actitud ética que inicia con el reconocimiento de que nunca existirá un fin en este camino.

OBJETIVOS

General

- Proponer elementos ético teóricos que fundamenten el ejercicio profesional del terapeuta físico.

Específicos

- Profundizar en los distintos conceptos de ética desde visiones diversas.
- Incluir un análisis histórico del abordaje de la discapacidad desde visiones científico/filosóficas.
- Comparar los conceptos de discapacidad entre los marcos teóricos y los programas y políticas asociados al tema.
- Identificar obstáculos sociales asociados a la discapacidad.
- Desarrollar un análisis y sugerencia del documento de Políticas de inclusión de la PUCE.

METODOLOGÍA

La metodología a seguir es analítica y sintética a partir del análisis bibliográfico.

Tipo de Estudio

Estudio Bibliográfico

La búsqueda de bibliografía es imprescindible a la hora de complementar o hacer una contribución significativa a determinado tema, pues sin conocer los cimientos de fondo edificaremos sobre la nada, por lo que el siguiente es un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y analítico.

Wilson, propone dos metas que son importantes y factibles:

- La primera es averiguar si la información que es el objeto de la investigación está ya disponible.
- La segunda es adquirir una información básica amplia y general en el campo dado. (Wilson, 1952, p. 15).

Polit y Hungler, muestran como los objetivos radican en elegir y analizar críticamente e informar sobre datos ya existentes acerca del tema que interesa. (Polit y Hungler, 1985, p.15)

Fuentes

La investigación fue documental o Bibliográfica ya que se obtuvo de fuentes secundarias como libros, artículos de internet, revistas y literatura ya existente procurando realizar una exhaustiva revisión de la literatura existente y del material empírico sobre discapacidad con el objetivo de dar una propuesta nueva al profesional.

Técnica

A través de revisiones de los documentos (nuestras fuentes secundarias) se realiza un estudio de carácter exploratorio, en el sentido de conseguir toda información relevante dando así una absoluta revisión de la literatura, y siempre procurando identificar y seleccionar aspectos sobresalientes con el fin de obtener un cuadro más preciso de nuestra investigación y de esa manera llegar a proveer los aportes teóricos.

Instrumento

Documentos de Políticas de inclusión de la PUCE e información del análisis realizado.

INDICE DE CONTENIDO

ANTECEDENTES.....	i
JUSTIFICACIÓN.....	iii
OBJETIVOS.....	vi
METODOLOGÍA.....	vii
1.CAPÍTULO I: Ética.....	1
1.1. Conceptos de Ética.....	1
1.2. Cultura Ética.....	3
1.2.1. Sociedad.....	5
1.3. Principios Básicos.....	7
1.3.1. Autonomía.....	8
1.3.2. No Maleficencia.....	9
1.3.3. Beneficencia.....	10
1.3.4. Justicia.....	11
1.4. Ética Profesional.....	12
1.4.1. Profesión.....	14
1.4.1.1. Características del Ejercicio Profesional.....	15
1.4.2. Deontología.....	17
1.4.3. Código Profesional.....	18
1.5. Importancia de la Ética.....	20
2. CAPÍTULO II: Historia de la Fisioterapia.....	22
2.1. Inicios.....	22

2.1.1. La Fisioterapia en Latinoamérica.....	27
2.1.2. La Fisioterapia en el Ecuador.....	31
2.1.2.1. Universidad Central del Ecuador.....	32
2.1.2.2. Universidad Católica del Ecuador.....	33
2.2. El Profesional en Terapia Física.....	37
2.2.1. Perfil del Profesional en Terapia Física.....	38
2.2.2. Funciones del Terapeuta Físico.....	38
2.2.2.1. Asistencial.....	39
2.2.2.2. Preventiva.....	39
2.2.2.3. Educación y Promoción.....	39
2.2.2.4. Investigativa.....	40
2.2.2.5. Administrativa.....	40
2.2.3. Campo Laboral.....	40
2.3. Manejo Ético del Terapeuta Físico con Personas con Discapacidad....	41
2.3.1. Conflictos Éticos.....	42
3. CAPÍTULO III: DISCAPACIDAD.....	44
3.1. Definiciones y Construcción Social.....	44
3.1.1. El porqué del lenguaje.....	55
3.2. La Discapacidad en el Ecuador.....	58
3.2.1. Antecedentes Históricos.....	59
3.2.2. Estadísticas.....	61
3.3. Atención a la discapacidad.....	64

3.3.1. Porqué la Ética en discapacidad.....	66
3.3.2. Autonomía o Interdependencia en discapacidad.....	68
3.3.3. Atención con Dignidad.....	69
3.3.4. Atención con Libertad.....	70
3.3.4.1. Responsabilidad Profesional.....	72
4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DEL DOCUMENTO DE POLÍTICAS DE INCLUSIÓN DE LA PUCE.....	74
4.1. En cuanto a las Políticas.....	74
4.1.1. Gestión de Políticas.....	76
4.2. Antecedentes.....	77
4.3. Políticas de Inclusión de la PUCE.....	78
4.3.1. La PUCE.....	78
4.3.2. Estudiantes.....	79
4.3.2.1. Ingreso a la PUCE.....	80
4.3.2.2. Becas.....	81
4.3.2.3. Estudios.....	82
4.3.2.4. Infraestructura.....	84
4.3.2.4. La Dirección General de Estudiantes.....	86
4.3.3. Docentes.....	86
4.3.4. Personal Administrativo y Servicios.....	87
4.3.5. Presupuesto.....	88
4.3.6. Registro.....	89
4.3.7. Comisión permanente, aplicación y supervisión.....	89

4.3.8. Disposiciones Generales.....	90
4.4. Sugerencias.....	91
5. CONCLUSIONES.....	93
6. RECOMENDACIONES.....	96
8.BIBLIOGRAFÍA	97

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	
Lenguaje en España / Lenguaje en Gran Bretaña.....	56
Cuadro 2.	
Población Total, Estimación del Número de Discapacitados. ECUADOR. 2004-2011.....	61
Cuadro 3.	
Porcentaje de Personas Discapacitadas Carnetizadas por género. ECUADOR. 2011-2012.....	62
Cuadro 4.	
Porcentaje de Personas con Discapacidad y Situación Laboral. ECUADOR. 2011-2012.....	63

CAPÍTULO I: ÉTICA

1.1. Conceptos de Ética y Moral

Etimológicamente, el término Ética viene del griego antiguo *ethika*, palabra que proviene de *êthos*, que significaba originalmente aposento o lugar donde se reside, más con el tiempo su significado se instituyó como “costumbre”, “carácter” o “comportamiento”.

Aristóteles¹ dio la primera versión general de la ética cuando explicó que es el compromiso efectivo del hombre, que lo debe llevar a su perfeccionamiento personal. El compromiso que se adquiere con uno mismo de ser siempre “más persona. Refiriéndose a una decisión interna y libre que no constituya una simple aceptación de lo que otros piensan, dicen y hacen”. (Chipana, 2010, p.10).

En la doctrina de Aristóteles el fin de la ética y de la política son idénticos: La felicidad es el bien autosuficiente y no un bien más entre otros, ni componente de algún estado de cosas. La felicidad es la suprema justificación de la vida del hombre. (González, 2010, p.11)

Platón, por su parte, planteó que era la *polis* (el bien particular es el bien Común) y no el individuo el sujeto de la moral, es decir, planteaba que la virtud no puede ser alcanzada por el hombre sino que el Estado lo debe orientar hacia fines morales por medio de la persuasión. (Contreras, 1999, p.3).

Más recientemente la Filósofa Española Victoria Camps propuso conceptualizar la Ética en la propia relación con la Moral, al decir que “la Ética es en definitiva, el estudio del conjunto de reglas y normas que estructuran la vida en sociedad” (Camps, 2003, p. 160).

¹Aristóteles, nació en el año 384 a. de J.C. en Macedonia, Estagira, y murió en 322 a. de J.C. Fue discípulo de Platón y maestro de Alejandro Magno.

De esta forma la Ética es una disciplina filosófica que estudia la Moral como forma de la conciencia social. (González, R. & Gilberto, J., 2008, p.7).

Por otra parte, la Moral ha sido descrita de miles de formas de la mano de la Ética y muchas veces confundida con la misma, sin embargo, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española aclara la diferencia: define la moral como lo "perteneiente o relativo a las acciones o caracteres de las personas desde el punto de vista de la bondad o malicia." (RAE, 2011)

Mientras que intelectuales como Carlos Thiebaut mencionan que "el término moral se refiere a las costumbres y normas de comportamiento considerados correctos o deseables, mientras la Ética parece indicar criterios de la conducta individual" (Thiebaut, 1998, p. 79).

La palabra moral traduce la expresión latina *Moralis*, que derivaba de *mos* y en plural *mores* y significaba costumbre.

Así la Moral es un conjunto de juicios que se concretan en normas de comportamiento que, adquiridas por cada persona, guían sus decisiones y acciones en la vida diaria. (Toro & Tallone, 2011, p.24).

Sin embargo hay que tomar en cuenta que no todas las personas tienen la misma norma ni toman la misma regla de la sociedad a la que pertenecen, es por esto que la moral es tan distinta en cada sociedad, familia e individuo.

De esta forma, los términos Moral y Ética tienen relación con todas las disciplinas y se manifiestan en todo quehacer humano pues se relacionan no solo con las acciones sino también con las intenciones. Mientras la Ética se ocupa del porqué de los actos la moral define nuestras acciones en aceptables o no, por lo que bien podríamos decir que la Ética es una reflexión filosófica de la Moral.

Como se ha visto, la Ética se desenvuelve en todo ámbito por lo que la Ética individual se ve afectada por la Ética social y por esto no debemos enfocarla solo a lo personal sino actuar en un marco social.

Además, no se debe olvidar que nadie tiene una respuesta única o verdadera en cuanto a lo que es Ético o Moral.

Debemos tener presente que siempre existirán distintas formas de verla y por eso es tan apropiado citar las palabras de Esperanza Guisán, quien mencionó que “la Ética está llamada cada vez más, a medida que los pueblos adquieren un nivel de conciencia crítica más desarrollado, a convertirse en el núcleo en torno al cual ha de gravitar todo el proceso de producción cultural, científica y educativa, todo el proceso de ordenamiento político y jurídico.” (Guisán, 1995, p.15).

1.2. Cultura Ética

Para muchos, una cultura Ética viene desde la cuna, para otros, consiste en simplemente un conjunto de reglas sobre lo que es malo, incorrecto, o bueno y humano, y para unos cuantos, ni siquiera es un tema relevante.

Sin embargo, el cultivar una cultura Ética es una responsabilidad social que cada individuo toma a favor de su familia, su comunidad y su entorno, pues va más allá de decidirlo que es bueno o malo en determinada circunstancia, antes bien, pretende concientizar, fortalecer y fomentar nuestro compromiso como ciudadanos del hoy y el mañana.

Respaldando esta idea esta Beuchot quien mencionó que “la cultura como expresión humana se manifiesta inexcusablemente como diversidad, la cual es difícil respetar si no existe una apertura genuina hacia lo diferente, hacia aquello que se presenta en códigos distintos a los de nuestra tradición”. (Beuchot, 2010, p. 5).

Sin embargo, es necesario que se abra nuestra mente y más recónditos pensamientos a lo desconocido, lo ajeno, o hasta ignorado, pues desde el inicio de los tiempos la única forma de avanzar, crear y hasta triunfar ha sido cuestionar lo que se creía un incondicional o absoluto.

Como uno de los muchos ejemplos de lo anteriormente dicho tenemos al propio Galileo Galilei² quien tuvo que enfrentarse a teorías “irrefutables” como las del venerado filósofo Aristóteles y otros quienes afirmaron que la Tierra permanecía inmóvil en el centro del universo, rodeada de una serie de esferas transparentes y concéntricas en las que se hallaban fijados el Sol, los planetas y las estrellas.

Sin embargo, debido a que había adoptado la Teoría de Copérnico que mostraba como la Tierra gira en torno al Sol, y no al revés, tuvo que comparecer ante el tribunal inquisidor de la época, y fue interrogado e incluso amenazado con ser sometido a torturas.

Estando enfermo y contando con 70 años, el anciano Galileo fue condenado el 22 de junio de 1633 en una austera sala ante los miembros del tribunal inquisidor. Se le declaró culpable de haber defendido y creído la doctrina falsa, contraria a las Sagradas y Divinas Escrituras, de que el Sol no se desplaza de este a oeste, y de que la Tierra se mueve y no es el centro del mundo y puesto que Galileo no quería convertirse en mártir, tuvo que retractarse.

En cuanto a Galileo Despertad (2005) menciona:

En la actualidad, muchos consideran a Copérnico, Galileo y Newton los fundadores de la astronomía moderna. Es cierto que sus teorías sobre el universo fueron revisadas y mejoradas por otros científicos posteriores, pero según comenta el astrofísico Owen Gingerich, “fue Copérnico quien nos enseñó con su obra lo frágiles que pueden ser los conceptos científicos consagrados por la tradición”. Mediante la investigación, la observación y las matemáticas, Copérnico y Galileo derrumbaron

²Nacido en Pisa en 1564 de padre florentino, Galileo estudió medicina en la universidad de su ciudad natal. Su escaso interés en esta disciplina le llevó a abandonarla por los estudios de física y matemáticas. En 1585 regresó con su familia sin haber obtenido ninguna titulación académica. Aun así, pudo acceder al puesto de profesor de Matemáticas de la Universidad de Pisa porque se había ganado la estima de los mayores entendidos en esa materia de su día. Tras la muerte de su padre, las dificultades económicas lo obligaron a mudarse a Padua, donde lo nombraron para un cargo más lucrativo, el de catedrático de Matemáticas en la universidad de la ciudad.

Durante los dieciocho años que Galileo residió en Padua, tuvo tres hijos con su joven amante veneciana. En 1610 volvió a Florencia, donde mejoró su situación económica y pudo dedicar más tiempo a la investigación, aunque tuvo que sacrificar la libertad de la que había disfrutado en el territorio de la República Veneciana. El gran duque de Toscana lo nombró “primer filósofo y matemático”. Galileo murió en Florencia en 1642, mientras se hallaba bajo arresto domiciliario a consecuencia de la sentencia condenatoria de la Inquisición.

conceptos erróneos muy arraigados en el campo científico y religioso. (p.14, 17).

Es interesante que cierta leyenda dice que, al levantarse, Galileo golpeó el suelo y dijo entre dientes: *Eppur si muove!* ¡Y sin embargo se mueve!

Este ejemplo nos recuerda que si se desea ver un adelanto hacia una Cultura Ética, se debe empezar reflexionando en lo que se es, se cree, y el valor que se le da a esto hoy mismo, prescindiendo de lo que los demás piensen, tal como lo hizo Galileo.

1.2.1. Sociedad

Desde sus inicios la humanidad ha tratado de explicar el porqué de las cosas y para bien o para mal, la primera respuesta se encontró en manos de la naturaleza, mientras unos honraban al Mar, otros honraban la Tierra, mientras unos acudían al Sol como deidad, otros enaltecían los astros de los cielos, y mientras algunos sacrificaban animales a sus dioses, otros incluso a seres humanos.

Todos desarrollaron sus propias normas, sus propias deidades, sus propias costumbres, e incluso con el tiempo, sus propias leyes. Por lo que lo debido, o lo indebido, dependía plenamente de lo que agradase a sus dioses o les disgustara, [dependiendo de dónde vivieran. De esta forma el hombre conoció más íntimamente lo que es la moral.

Posteriormente, con el aumento de la población, llegó también la necesidad de expansión, la conquista de nuevos territorios, la explotación de los más débiles, y poco a poco las ansias de más y más poder. Seguido de la adquisición de tierras y riquezas que daban paso a rangos de importancia, valor, y hasta pugnas en una misma sociedad. De esta forma aparece prontamente una moral establecida donde el amo y el siervo tienen derechos y deberes distintos.

Con el inicio de la filosofía, y de la aparición de personajes como Aristóteles, y Galileo, se pone en tela de juicio las explicaciones mitológicas y se buscan respuestas desde un punto de vista científico y racional, y más recientemente aportaciones como la del filósofo alemán Emanuel Kant³ el que favorecía al individualismo radical, desarrollando una moral del deber, se contraponen a propuestas defendidas por otros como la del universalismo absoluto del ser humano.

Es así como se forma la problemática sobre el bien y el mal en la sociedad, la humanidad hunde sus raíces en las distintas filosofías del hombre, y muchos se preguntan ¿se debe tener una idea uniforme de lo que el hombre es, o se tiene una idea diferenciada del mismo?

A manera de ejemplo está el planteamiento de Beuchot (2010) quien mencionó:

En el seno de la democracia hay varios elementos que padecen distensión y conflicto para que ésta pueda conseguirse. Dos de esas nociones en conflicto son la unidad y la pluralidad. ¿Cómo conservar la igualdad y sin embargo conceder diversidad? ¿Cómo dar cabida a la diversidad cultural sin lesionar la igualdad de justicia que se debe a todos los estamentos de la sociedad? ¿En cuáles de esos puntos conflictivos y dilemas puede intervenir el Estado?

Una manifestación concreta de esta problemática es la cuestión de la diversidad cultural que se da en el seno de una nación o de un país, como es el caso de los pueblos indígenas [...]. ¿Qué se tiene que hacer con ellos? ¿Dejarlos que sigan su propia cultura, costumbre, métodos y técnicas? ¿O, por el contrario, obligarlos a entrar en la cultura occidental moderna y que de esa manera pierdan su peculiaridad y distinción? A mi modo de ver, es necesario buscar una vía intermedia, que posibilite que los pueblos indígenas conserven en cierta medida su identidad cultural y, por otra parte y en otra medida, se integren a los beneficios de la cultura moderna (p.35).

³ Kant nace en 1724 en la ciudad prusiana de Königsberg educado en la rígida moral puritana y protestante del pietismo. A lo largo de su vida laboral se dedica a la educación, al principio con clases particulares y posteriormente como profesor de la Universidad de Königsberg. Admiraba a los empiristas ingleses y a los ilustrados franceses. Defendió siempre la libertad y dignidad de la persona humana. Su estudio desarrolló un concepto de la razón pura.

Este es tan solo un ejemplo de la variedad de cuestiones implícitas en la Ética, que afectan a nuestra sociedad, y por ende a nosotros como actores sociales de la misma.

De allí la importancia de que se analice este tema con el objetivo de formar en cada uno una visión crítica de nuestra propia situación como profesionales en la Salud, “viéndonos a nosotros mismos como miembros de una sociedad, como individuos con una responsabilidad para contribuir. Siendo capaces de actuar para el bien común y hacerlo efectivamente.” (Colby, 2003, p. 6,7.).

1.3. Principios Básicos

Los principios son una especie de código personal al que todos acuden. Influye en nuestras decisiones y marcan el curso de nuestra vida como si fueran una brújula, pues sirven de guía.

Muchos confunden a los principios con las leyes, sin embargo, Beauchamp y Childress (1999) contrastan las diferencias al decir que:

Ambos, (principios y leyes), son normas generales que guían las acciones. La diferencia es que las reglas son más específicas en el contenido más restringidas en el ámbito que los principios. Los principios son normas generales que dejan mucho espacio para la deliberación en los casos particulares. No funcionan como guías precisas para la acción que nos informan en cada circunstancia de cómo actuar, como sí lo hacen las reglas y juicios más detallados. (p.7).

Se distingue pues que los principios son flexibles y abarcadores mientras que las reglas son específicas y hasta cierto punto limitadas, por lo que se utiliza los principios para guiar nuestra vida en buena medida mucho más que las reglas que nos hayan sido impuestas.

Jesús, por ejemplo, exhortó a sus discípulos a regirse por la Norma de Oro, “Todas las cosas que quieren que los hombres les hagan, también ustedes de igual manera tienen que hacérselas a ellos.” (Bible and Tract Society, 1987, p. 1208).

Los seguidores de Confucio⁴ observaron los principios del *li* y del *jen*, los cuales representan cualidades como la bondad, la humildad, el respeto y la lealtad.

Incluso quienes no son religiosos cuentan con prioridades o directrices que regulan su comportamiento.

En el caso de la Ética, los principios básicos o fundamentales son según (Hortal, 2002, p.116):

- Autonomía
- No Maleficencia
- Beneficencia
- Justicia

1.3.1. Autonomía

En cuanto a la Autonomía, León (2010) menciona que:

Es un concepto introducido por Kant en la Ética. Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la Ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En bioética tienen un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones voluntarias y de gestionar la propia atención en salud.

⁴Filósofo Chino, creador del confucianismo y una de las figuras más determinantes en la historia de China. Nace (c.551-479 a.C.), en el país de Lu (actual provincia de Shandong). El templo y cementerio de Confucio, así como su residencia familiar fueron declarados Patrimonio Cultural de la Humanidad en 1994.

De esta forma la autonomía tiene que ver con la capacidad de autodeterminación del hombre, la capacidad de decidir por uno mismo con responsabilidad que dirección toma su vida.

La autonomía también aparece en el Código de Núremberg (1948) donde “se pone énfasis en el consentimiento voluntario, y en que éste dé con las garantías necesarias: buena información, ausencia de coacción o engaño y condiciones objetivas de libertad de elección. Este código fue asumido por la Asociación Médica Mundial en 1954, posteriormente, el Informe Belmont, (1978) destaca entre sus tres principios éticos básicos: la autonomía.”(Berrueta, Bellido, & Arrasco, 2004, p. 9).

Por lo que el compromiso comprende no solo en dar valor a las opiniones personales, antes bien, recordar que las resoluciones personales y decisiones de los demás deben ser respetadas, y no solo eso, sino también protegidas en el caso de que alguien atente contra las mismas, por lo tanto, no olvidemos que los derechos de una persona, terminan donde empiezan los de la otra.

1.3.2. No Maleficencia

Enfatiza la obligación ética de no hacer daño, es decir, omitir actos que puedan causar un daño o perjuicio. Es la aplicación del principio que Hipócrates consignó como primordial en el ejercicio de la medicina con el *dictum* "*Primum non nocere*", es decir, "Primero no hacer daño." (Vélez y Maya, 2003, p.167).

De esta forma si llevamos a la práctica este principio se asegura no solo no causar daño, si no tomar las debidas precauciones para evitar ocasionar deterioro aunque estas no fueran las intenciones.

1.3.3. Beneficencia

Etimológicamente significa “hacer el bien”, es el compromiso que se tiene como ser humano de hacer el bien a otros y procurar su bienestar.

Pastor (2010) con respecto a la beneficencia mencionó que:

Corresponde al fin primario de la medicina. Consiste en promover el bien para con el paciente o la sociedad, evitar el mal; es más que el hipocrático *primun non nocere* (ante todo no dañar), o principio de no maleficencia. El principio de beneficencia es directamente orientador de la acción. Es una expresión más del principio universal subyacente a cualquier sistema ético: se debe hacer el bien, se debe evitar el mal. Al margen de cualquier apreciación filosófica, es universalmente admitido, y sólo afecta su discusión la determinación de lo que sea el bien o el mal. Ciertamente, en esa determinación, parece más claro qué es el mal y más oscuro el concepto de bien, por lo menos cuando se refiere a acciones que tienen como objeto inmediato al prójimo. Por esa mayor evidencia de lo que sea el mal, podríamos definir la no maleficencia como una subclase de beneficencia, en la cual se pueden distinguir 4 grados en preferencia: no se debe hacer el mal, se debe impedir el mal, se debe eliminar el mal, se debe hacer y promover el bien. (p. 384).

Según el Informe de Belmont⁵, lo que primero viene a la mente al escuchar la palabra “beneficencia” es compasión, piedad o caridad, sin embargo en este trabajo tiene un sentido distinto pues se lleva a verla como un imperativo moral, un deber sin paternalismos.

Beauchamp y Childress (1999) afirman que el principio de beneficencia establece la obligación de que una persona X haga el bien a Y si se dan las siguientes condiciones:

⁵El Informe Belmont intenta resumir los principios éticos básicos [...] .Es una declaración de principios éticos básicos y directrices que deberá ayuda a resolver los problemas éticos que acompañan la ejecución de investigaciones que incluyen sujetos humanos. La Secretaría trata de poner el reporte al alcance de los científicos, miembros de comisiones de inspección institucionales y empleados federales mediante la publicación del reporte en el Registro Federal y proporcionando copias a quien las solicite. Los dos volúmenes de anexos que contienen extensos reportes de expertos y especialistas que colaboraron con la Comisión para lograr esta parte de su objetivo, se pueden obtener a través del: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402, bajo los títulos DHEW Publication No. (OS) 780013 y No. (OS) 78-0014

- Y está amenazado de padecer una pérdida o daño importante.
- La acción de X es necesaria para evitar un daño o pérdida importante.
- La acción de X probablemente evitará dicho daño o pérdida importante.
- Esta acción no implicará un daño significativo para X.
- Los beneficios que recibirá Y superan ampliamente los daños que pueda sufrir X. (p.4).

De esta forma la beneficencia es el interés primario de hacer el bien sin caer en el paternalismo.

1.3.4. Justicia

La justicia es una virtud que inclina a mantener o administrar lo que es recto de manera equitativa e imparcial. Las palabras hebreas *tsé-dheq* y *tsedha-qáh*, así como la griega *di-kai-o-sý-nē*, transmiten la idea de “honradez” o “rectitud”, e implican la existencia de leyes que determinan lo que es recto. (Watchtower, 1991, p. 168).

El principio de justicia es básico en toda sociedad y supone un trato equitativo, imparcial y ecuánime.

Funciona en la medida que exista igualdad en los derechos, deberes, y responsabilidades de todos. Para el profesional en salud implica buscar el beneficio de quien solicita sus servicios independientemente de sus circunstancias y situaciones.

1.4. Ética Profesional

La ética es ante todo el modo de ser de cada individuo, como menciona Guichure, “la Ética no es genéticamente recibida” (Guichure, 1996, p. 16.), antes bien, se adquiere por el modo de regir nuestra vida, a la par, la Ética Profesional comprende el modo de regirse en el ámbito profesional, y aporta al mismo la oportunidad de desarrollar juicios propios en la vida profesional.

Mazo y López (2005) mencionan que:

Es en la forma de utilizar los conocimientos donde entran el comportamiento ético y los valores, ya que actualmente se requiere una mayor sensibilidad ética de parte de los profesionales de todas las áreas del conocimiento, no nos es ajeno el hecho de que tanto su práctica profesional como su actuación están siempre en la mira de los diferentes grupos sociales; tan es así que algunas asociaciones educativas han recomendado a las universidades la inclusión en el currículo de asignaturas sobre ética profesional y reconocimiento de los códigos de ética de la profesión en cuestión.(p. 5).

De esta forma la Ética Profesional es fundamentalmente un compromiso que el hombre hace con el fin de hacer el bien, y solo el bien, pues la ética no concibe desacatos ni violaciones, lo que daría paso a “hacer mal nuestro trabajo”, antes bien es lo que da sentido a la práctica profesional.

De igual manera Isabel Pérez cita a Bolívar para definir la Ética Profesional como el conjunto de principios morales y modos de actuar éticos en un ámbito profesional, por una parte aplica a cada ámbito de actuación profesional los principios de la ética en general, pero paralelamente por otra parte dado que cada actividad profesional es distinta y específica, incluye los bienes propios, metas, valores y hábitos de cada ámbito de actuación profesional (Pérez, 2007, p.87).

Como se percibe es la guía necesaria para solucionar conflictos que aparecen en la práctica, y (Bolívar y Cobo, 2005, p.88) la caracterizan de la siguiente manera:

1. Como parte de las éticas aplicadas.

2. Además de incluir las normas internas del colectivo, tienen en cuenta una perspectiva más amplia.
3. Del contenido dimana el sentido ético que proporciona su fin, el bien que aportan o procuran.
4. Exige la utilización adecuada de la competencia:
 - Formación teórica (conocimientos-saber aprender-cultura tecnología y lenguas extranjeras)
 - Formación práctica (destrezas, técnica y sociales: confianza, independencia, tolerancia, descubrimiento de otro, participación en proyectos comunes, e enriquecimiento intercultural.)
5. La pertenencia de un individuo a una profesión significa entonces que, además de la competencia propia de dicha profesión, comparte sus principios éticos inherentes de actuación.
6. Pone el acento en lo que es bueno hacer, aquello que es propio de cada profesión en el plano del comportamiento moral.
7. Trata de las diversas posibilidades de actuar bien en las diversas actividades profesionales.

Y sin lugar a dudas, debe estar caracterizada también por la responsabilidad, la justicia, la integridad, la honestidad y la confianza, sin olvidar que se es libre de elegir y asumir responsablemente las consecuencias de las elecciones que se tomen y puesto que para cada profesión existen diversos factores de conflicto es importante centrarse ahora en qué es la profesión.

1.4.1. Profesión

Para entender lo que significa la palabra profesión, se toma distintos autores que miran la profesión desde ópticas diferentes, por ejemplo Weber define la profesión como “la actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento económico seguro de su existencia”. (Weber, 1985, p.82).

Como se ve, esta definición tan solo se limita a la fuente de ingresos dejando de lado aspectos importantes que resaltan otros autores como Hortal, quien da una definición más amplia al decir que “el profesionista al adquirir los conocimientos y las habilidades que lo distinguen como tal, también adquiere el compromiso y la responsabilidad de prestar el bien y de manera eficiente el servicio o bien que le compete y por el cual la sociedad lo acepta y reconoce como profesionista.”(Hortal, 2002, p.10).

De esta segunda definición se puede ver que la profesionalidad incluye el compromiso activo con la sociedad y no se limita tan solo a un carácter individual y financiero. La Ética profesional radica en poner como prioridad el bien social ante nuestro bien económico, y está claramente relacionada con cómo se lleva a cabo el trabajo, buscando como mencionó Hortal primero el bien común y resaltando su función social.

1.4.1.1. Características del ejercicio profesional

Según Altarejos citado Sedano y Aguilera existen cinco características que permiten identificar un genuino ejercicio profesional y son: competencia, iniciativa, responsabilidad, compromiso y dedicación. (Sedano y Aguilera, 2010, p. 14)

- Competencia:

Según Gonzci la competencia se concibe como una compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño de situaciones específicas. “Es una compleja combinación de atributos (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) y las tareas que se tienen que desempeñar en determinadas situaciones”. Como notamos la competencia profesional implica no solo tener conocimiento en lo referente a nuestro trabajo, sino también poseer la habilidad para afrontar los problemas con eficiencia logrando un desempeño profesional y ético. (Gonzci 1996, p. 12)

- Iniciativa:

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la palabra iniciativa proviene del latín “*initiātus*”, y hace referencia a “la acción de adelantarse a los demás en hablar u obrar”.

Entendemos pues que tiene que ver con quien da el primer paso, quien inicia una respuesta o genera una acción, llevando siempre la delantera.

- Responsabilidad:

Es el deber de responder por las acciones acogidas por uno mismo, la capacidad de aceptar los resultados de todo acto sea este conveniente para uno mismo o no.

- Compromiso:

Es un acto totalmente personal, pues nadie puede ejercer influencia externa ante el mismo. Es el deber que uno decide imponerse, y la obligación que cada uno decide llevar, donde cada quién se implica en aquello que realiza por propio deseo y voluntad.

- Dedicación:

Cuando nos referimos a esta característica lo hacemos en sentido de ofrecimiento, entrega o asignación. La dedicación es algo más que ocuparse de algo, “la diferencia entre dedicación y ocupación puede verse, por una parte, por el componente de implicación intensiva y cualitativa de la dedicación”; mientras que el componente de implicación de la ocupación es extensivo y cuantitativo. (Sedano, y Aguilera, 2010, p.14).

Obviamente, la dedicación está en íntima conexión con la ayuda. Ver al otro como un prójimo, reclama para quien ejerce la profesión, una actitud de permanente disponibilidad ante las necesidades que vayan surgiendo en el trabajador, en el cliente, etc. Obsérvese que la dedicación no es una cuestión simplemente de ofrecer un servicio, sino de estar disponible para ayudar, reforzar en todo momento la acción del otro o de los otros. Entender esta distinción requiere compromiso, en la medida en que la el objetivo de ese compromiso desborde el mero cumplimiento de un

deber, y entender la profesión como una llamada que exige una respuesta. Pero el ejercicio de esta característica sólo es posible desde la libertad de quien actúa y no desde la imposición externa de unos procedimientos. (Sedano, y Aguilera, 2010, p.15)

1.4.2. Deontología

Para algunos el significado de esta palabra es completamente desconocida es por esto que en este trabajo se mostrará el origen de la misma.

Gerardo y Russo (2008) mencionan que:

Deontología es una palabra de origen Griego (*deonthos* = deber) y (*logos* = tratado) que se traduce como “tratado de los deberes.” Cuando se aplica a una profesión definida se refiere al conocimiento de lo que es justo y conveniente para el ejercicio de la profesión. Lo justo y conveniente se describe en un texto que contiene un conjunto de reglas y normas que se denominan “Código Deontológico”. Este código debe ser oficialmente aceptado por las sociedades científicas o los colegios médicos y tiene como finalidad garantizar la buena práctica de la profesión. (p. 2).

Queda establecido que la deontología se basa en el estudio de la moral y la ética, y cuando se aplica estas virtudes al ejercicio de la profesión, toma el nombre de deontología profesional. Sin embargo, no se debe confundirla con la ética, pues se ha caído en el error de catalogarlas como sinónimos y para entender mejor sus diferencias en palabras de Augusto Hortal (2002) se puede decir que:

La ética está referida a la conciencia de los individuos, mientras que la deontología se mueve preferentemente en el campo de los criterios compartidos por el colectivo profesional. Sin la perspectiva ética, la deontología carece de horizonte de referencia. Para justificar las normas hay que apelar a los bienes que se supone que pretenden promover cada una de las diferentes profesiones. (p. 94)

De esta forma se puede resumir las diferencias entre ética y deontología recurriendo a las palabras de Gerardo, A. & Russo, D. quienes afirman que la deontología hace referencia a deberes y obligaciones que no se discuten y deben respetarse pues constituyen una garantía básica para ejercer una profesión.

Por el contrario, la ética es discutible en todos sus ámbitos pues intervienen la experiencia, la formación y la conciencia de cada profesional yendo más allá de la deontología pues en ella no pueden dictarse normas o reglas universales, solo puede proponerse códigos que pueden aceptarse o no (códigos de ética) pero jamás impuestos como reglas. (Gerardo, & Russo, 2008, p.2).

Se establece entonces que el papel de la Ética sobre la deontología radica en ocuparse de aspectos en los que la deontología fracasa para dar respuestas necesarias a distintas circunstancias a las que se enfrenta el profesional.

1.4.3. Código Profesional

Isabel Pérez describe al Código Profesional como “un documento formal que establece valores, reglas éticas y comportamientos apropiados que han de seguir los profesionales en el ejercicio de su profesión” (Pérez, 2007, p. 90). Y por su parte (Toro, 2006, p.92) citado por Pérez le asigna características que se nombran a continuación:

- Función como guía de acción.
- Dimanan de una necesidad social.
- Responden a problemas sociales.
- Brotan de la necesidad de los profesionales de ajustar las relaciones internas y externas a unas pautas de conducta.

- Recogen los valores éticos voluntariamente aceptados por un gremio profesional, transformándolos en reglas de conducta obligatoria para los sujetos en este ordenamiento.
- Expresa la concreción de normas generales a las necesidades propias de cada profesión.
- Ofrece identidad y estatus a la profesión.
- Sus principios básicos son de autonomía y beneficencia.
- Complementa la responsabilidad práctica de los profesionales.
- Cumple funciones sociales.
- Formula valores éticos que presiden la investigación y la intervención.

Se puede nombrar a muchos autores para quienes los códigos tienen gran importancia, y aunque es primordial resaltar que han resultado una guía para muchos profesionales, este trabajo no se centrará en mostrar la avalancha de códigos existentes pues, como menciona Carreto Santiago “los mismos pueden caer en inutilidad al ser pasados por alto, pues el profesional puede sentirse presionado a cumplirlos más no por ello aumenta su deber de practicar el código”. (Carreto, 2010, p. 5).

El objetivo radica en concientizar y no sancionar por incumplimiento del código pues cualquier excusa sería válida para incumplirla cuando no hay conciencia de lo implícito, se cree firmemente que la cuestión clave no es la oposición de deberes y consecuencias antes bien el modo como se pretende llevar la ética a la acción.

1.4.3. Importancia de la Ética

A lo largo del tiempo cada sociedad ha ido evolucionando a su propio ritmo, sin embargo, en la última década una sociedad cada vez más complicada y difícil ha ido forjándose dejando a su paso una ética vacía sin blancos o negros, sin fronteras, en donde es cada vez más difícil estar seguros de que algo esté bien o mal. Gil Ramón (1999) por su parte nombra a la época en que vivimos como posmodernidad y la define como:

Un modo de situarse ante la realidad y la vida que niega los grandes temas de la modernidad: fe en la razón y en la ciencia, defensa de los derechos humanos, rechazo de los absolutismos, confianza en las utopías basadas en la "libertad, igualdad y fraternidad", ideologías que tratan de explicar la realidad. (p.1)

Y el mismo autor la caracteriza como:

- Individualista:

Pues afirma que el sujeto posmoderno se muestra indiferente a las cuestiones de la vida colectiva y prefiere retirarse a su vida privada.

- Con falta de Utopía:

Ya que la persona posmoderna no cree en la posibilidad de cambio antes bien, prefiere sacar el máximo provecho del presente, vivir cada día y pasarlo bien.

- Prescindiendo de Normas:

Pues se entrega al disfrute de lo inmediato siguiendo los impulsos. En la posmodernidad no manda la razón sino el sentimiento.

- Con pensamiento débil:

Con esta expresión se designa la falta de principios y criterios conexionados. Poseyendo tan solo un saber televisivo, de datos aislados, pero no conocimientos sistemáticos.

De esta serie de dificultades surge la importancia de la Ética como disciplina filosófica que tiene como objeto esclarecer, reflexionar y darnos guía para enfrentarnos a los diferentes problemas que están presentes día a día en nuestro actuar diario, pues no se vive sin tomar decisiones sean estas éticas o no.

De esta manera el propósito es construir una sociedad con identidad propia y conciencia crítica, responsable de sus actos y autónoma en sus decisiones.

La formación universitaria es esencial a este respecto pues a partir de la misma se tendrá líderes capaces de asumir sus responsabilidades para con la sociedad anteponiendo su compromiso social a sus intereses personales.

CAPITULO II: Historia de la Fisioterapia

2.1. Inicios

Etimológicamente el término Fisioterapia significa *physis*: naturaleza, *therapía*: tratamiento. Por lo tanto la unión de ambas voces define Fisioterapia como “tratamiento por la naturaleza”.

Nadie puede afirmar con exactitud cuál fue la primera acción de rehabilitación física que se realizó, sin embargo, se conoce algunos indicios en distintas culturas, por ejemplo, Fernando Sotelano menciona que en el “antiguo Egipto para el año 2830 (A.C.), a la entrada de una tumba egipcia, se halló un bajorrelieve que podría ser la primera ilustración de un bastón, y en 1764 ya existía el corset similar Milwaukee”. (Sotelano, 2002, p. 1)

Alberto Reyes (2006) por su parte hablando de la cultura griega, indica como dieron gran importancia al ejercicio corporal, de esa manera, varios autores recomendaron su empleo, por ejemplo:

La filosofía terapéutica de Hipócrates era la de impulsar las fuerzas de auto - curación del cuerpo e incorpora al Movimiento como Agente Terapéutico (kinesioterapia), además de desarrollar métodos gimnásticos para fortalecer las extremidades superiores e inferiores y prepararlas para la caza, el deporte y la guerra. Estos últimos métodos fueron luego perfeccionados por Herodio en su tratado “Ars Gimnástica”. Así empezamos a ver como desde sus orígenes la Fisioterapia y la Kinesioterapia se han desarrollado en forma paralela. A su vez Aristóteles también realiza diversos estudios en el campo del movimiento del cuerpo del hombre y muy específicamente de la marcha humana. (p. 2)

Ana Marín menciona como en la antigua Roma se dieron a conocer las “prácticas hidroterápicas por la proliferación y construcción de termas romanas a lo largo y ancho de su imperio eran conjuntos arquitectónicos con espacios

diferenciados, vestuario “*apoditerium*”, sala de masajes “*unctorium*”, baños fríos “*frigidarium*”, baños calientes “*calidarium*” (Marín, 2002, p. 4).

Marín (2002) menciona que:

En los comienzos de la decadencia del Imperio Romano, la tradición Hipocrático - Galénica es continuada por Celio Aureliano (s. V) que selecciona los ejercicios más importantes descritos por sus antecesores y los plasma en su libro “De las Enfermedades Crónicas”. Describe perfectamente conceptos revolucionarios y modernos como la Hidrocinesiterapia, Mecanoterapia (suspensión y cinesiterapia con pesas y poleas), Cinesiterapia activa y auto - asistida; que hasta un siglo después nadie es capaz de mejorar. También hace referencia al tratamiento de la artritis aconsejando el amasar cera con los dedos y empleo de alteras con peso progresivo. (p.4).

En la Edad Media, se produce una orientación hacia lo religioso donde el cristianismo pone su mirada en el cultivo del espíritu y el más allá, dejando de lado el camino hasta entonces recorrido. Según Carlos Parga “el cristianismo reaccionó rechazando los espectáculos gimnásticos y las formas que significaban el tratamiento de sus secuelas, se renuncia al cuidado del cuerpo y la belleza como señal de identidad, y se relega al ejercicio terapéutico y la hidroterapia al olvido” (Parga, 2006, p. 6).

Para la época del Renacimiento, según Guzman, se olvida los preceptos grecorromanos, y el cuerpo de las personas vuelve a tener importancia.

El arte recuperó estructuras corporales e identificó músculos y texturas que pintaron los grandes de la época como DaVinci, Michelangelo, y tantos más. Fue, sin embargo, el mundo científico del siglo XIX el que abrió para siempre un camino para las disciplinas de esta profesión. La incorporación de la electricidad a la nueva aparatología fue un avance inigualable. (Guzmán, 2007, p. 10)

Y sin lugar a dudas Galvani⁶ y Volta,⁷ fueron los pioneros con sus trabajos sobre electricidad con base de neurofisiología y electroterapia.

Poco tiempo después, entre 1660 y 1742 como menciona Francisco Hipólito A. Federico Hoffman “aplicó los conceptos de la física teórica a la medicina clínica considerando que los fenómenos biológicos se perciben como movimientos” (Marín, 2002, p. 10).

Dando así grandes aportaciones a la medicina actual y revolucionando la medicina física.

En 1831 el inglés Michael Faraday⁸ trabajando de forma independiente, descubrió la llamada “inducción electromagnética, la generación de corriente eléctrica inducida por un campo magnético variable, base del desarrollo de toda la industria eléctrica actual.”(Martín y Ruiz, 2010, p.4).

Sus estudios llevaron al inicio de la rehabilitación de patologías como en el caso de distintas parálisis.

Años más tarde el prestigioso cirujano alemán Rudolph Klapp se interesa por el estudio de la escoliosis y basa su tratamiento para deformidades de columna vertebral en su observación de los animales.

Para el año de 1904 desarrolla un método llamado, método de Klapp, que se basa en la descarga y corrección de la columna vertebral. Coloca al paciente en posición de ganeo para enseñarle ejercicios específicos conforme a su necesidad.

Marín (2002) menciona que:

⁶Médico y físico italiano, que en 1759 se graduó en medicina en la Universidad de Bolonia. Paulatinamente, fue interesándose por los experimentos en dicho campo, algunos de ellos célebres, como el de la contracción muscular experimentada por las extremidades de una rana muerta al tocarlas con unas tijeras metálicas durante una tormenta eléctrica.

⁷ Nació en Como, Lombardía, Italia, el 18 de febrero de 1745, en el seno de una familia de nobles. A los siete años falleció el padre y la familia tuvo que hacerse cargo de su educación. En 1780, un amigo de Volta, Luigi Galvani, observó que el contacto de dos metales diferentes con el músculo de una rana originaba la aparición de corriente eléctrica. En 1794, a Volta le interesó la idea y comenzó a experimentar con metales únicamente, y llegó a la conclusión de que el tejido muscular animal no era necesario para producir corriente eléctrica. Este hallazgo suscitó una fuerte controversia entre los partidarios de la electricidad animal y los defensores de la electricidad metálica, pero la demostración, realizada en 1800, del funcionamiento de la primera pila eléctrica certificó la victoria del bando favorable a las tesis de Volta.

⁸ Nace en Newington, Gran Bretaña, 1791. Uno de los físicos más destacados del siglo XIX

Durante la Primera Guerra Mundial la rehabilitación se hace emergente, por lo que la Sociedad Médica de Berlín separa y diferencia la actividad física o gimnasia general de la Cinesiterapia, la cual tiene como objetivo la recuperación de un órgano interno devolviéndole su actividad funcional primitiva, o en caso de que esto no sea posible por la intensidad de la afección producida, lograr al menos una capacidad funcional suficiente para hacer al enfermo independiente. (p. 18).

En 1930, el doctor James Cyriax⁹, Director de dos afamados Hospitales londinenses (St, Tomas y el Sant Andrew) comenzó a difundir la idea de la importancia de aplicar los tratamientos en el lugar exacto donde se ha producido la lesión.

Ya avanzados los años 40 los esposos Bobath¹⁰ tuvieron un gran interés en la discapacidad física, proporcionándonos de esa manera una terapia especializada a tratar las alteraciones motoras y de la postura, derivadas del sistema nervioso central.

Según Ana Marín, desde 1909 G. Gelhorn “propone ejercicios posteriores al parto para fortalecer la pared abdominal, los cuales abren las puertas para que posteriormente aparezcan los ejercicios para fortalecer músculos perineales” (Marín, 2002, p. 18).

En 1936 los esposos Kendall, Henry y Florence, trabajan en la utilización de un test muscular como una herramienta para diagnóstico y posteriormente para 1949 publican su libro titulado, Músculos -Test y Función que llega a formar parte de los fundamentos de la kinesiología aplicada. (Marín, 2002, p.19)

⁹ James Cyriax, fundamentó su método bajo 3 aspectos diferentes: a) Las infiltraciones locales de corticoides b) Las manipulaciones vertebrales desde el punto de vista de la medicina ortopédica y c) el masaje transverso o fricción transversa profunda

¹⁰ Karel Bobath nace el 14 de marzo de 1906 en Berlín, estudió medicina entre 1925 y 1932 en su ciudad natal, realizó su examen de grado en Praga en 1936, trabajando a continuación en una clínica infantil de la República Checa. En el año de 1939 tuvo que huir del régimen Nazi, viviendo desde entonces en Londres, Inglaterra. Berta Bobath nace el 5 de diciembre de 1907 en Berlín, donde estudió entre 1924 y 1926, en la escuela Anna-Hermann-Schule, graduándose como maestra de educación física; en dicha escuela aprendió el análisis del movimiento así como técnicas de relajación.

Para 1974, Václav Vojta¹¹ da su aporte en el diagnóstico precoz y tratamiento de la parálisis cerebral y otras alteraciones motoras infantiles, su base está en desencadenar dos mecanismos automáticos de locomoción, descubiertos también por Vojta: la reptación y el volteo reflejo.

En la actualidad la Fisioterapia se ocupa de la rehabilitación física de las personas ya sea por trastornos neurológicos, traumatológicos, músculo-esqueléticos, reumatológicos, cardíacos y respiratorios entre otros.

Hoy en día el Terapeuta Físico es el encargado de valorar, planificar y aplicar medidas terapéuticas propias de su disciplina en especialidades tan distintas como la Neurología, Pediatría, Gerontología, Terapia Intensiva, Obstetricia y Ginecología, Vascular, Reumatología, Cardiología, Neumología, Traumatología y Ortopedia, Deporte, Clínica Médica y Oncología.

Como se puede ver la Fisioterapia está presente prácticamente en todas las especialidades médicas y su aporte a resultado vital.

¹¹ Václav Vojta, nace el 12 de julio de 1917, en Mokrosuky / Bohemia (República Checa). En 1937 comenzó los estudios universitarios de medicina en la Universidad Carolingia de Praga. Doctor neurólogo y neuropediatra, descubrió las bases de la locomoción refleja durante sus experimentos buscando posibilidades terapéuticas para jóvenes con parálisis cerebral espástica.

2.1.1. La Fisioterapia en Latinoamérica

Según Guzmán, la rehabilitación en Latinoamérica inicia en el “comienzo del siglo XX cuando el mundo estalló en dos grandes conflictos las llamadas Primera y Segunda Guerras Mundiales en donde la tecnología armamentista acabó con la paz y tranquilidad dando paso al dolor físico y emocional”. (Guzmán, 2007, p.5).

Hoy se puede decir que en rehabilitación existe un antes y un después de estas guerras, siendo los médicos ortopedistas los pioneros en lo que hoy conocemos como Rehabilitación Física, pues preocupados por tratar las secuelas que dejaron las guerras y la epidemia de poliomielitis de los años 40 y 50 avivaron una nueva conciencia por el cuerpo.

En muchos países de Latinoamérica la rehabilitación se inicia con objetivos distintos y fusionados a distintas escuelas, según Fernando Sotelano los inicios y consolidación de la Rehabilitación en distintos países se resume a continuación:

Argentina: En 1943 se crea la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), institución privada sin fines de lucro, para afrontar el flagelo de la polio. Esta Institución fue pionera en el desarrollo de la rehabilitación en el país. En la década del 60, los Dres. Alicia Amate y José Cibeira comienzan con la formación académica de especialistas en rehabilitación mediante residencias, cursos y pasantías. El Centro Nacional de Rehabilitación (hoy Instituto de Rehabilitación Psicofísica) y la Asociación para la lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI) fueron los principales formadores de médicos especialistas y profesionales afines.

Chile: En la década del 60 los Dres. Livio Paolinelli, Nieves Hernández y Ernesto Saldías dieron un importante impulso a la rehabilitación y a la formación académica del médico especialista. Se creó la cátedra en el Hospital Escuela y se formaron diversos Institutos de Rehabilitación Infantil.

Costa Rica: En 1969 el Dr. Humberto Araya Rojas funda el primer Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital México y en 1977 se inaugura el

Centro Nacional de Rehabilitación, que actualmente lleva su nombre, contribuyendo a la formación de médicos residentes que se había iniciado unos meses antes en el Hospital México, como parte de los programas de Postgrado de Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica.

Cuba: En 1979 los Dres. Hugo Martínez Sánchez y Eulogio Montoya Guibert comienzan a formar los primeros especialistas y se efectúa la primera graduación en 1981 en el Hospital de Rehabilitación Julio Díaz. Los servicios de atención primaria en rehabilitación en Cuba están altamente desarrollados y se expanden por zonas rurales dando cobertura a toda la población. En 1984 nace el programa de médico y enfermera de familia que al poco tiempo incorpora rehabilitación en la atención primaria de la salud. En la actualidad son aproximadamente 456 Centros de Atención en Rehabilitación, todos modernamente equipados que cubren también las necesidades de atención, investigación y docencia.

Ecuador: En la década del 60 se comienza a promover la rehabilitación, inicialmente con profesionales de las escuelas de tecnólogos. Luego de los años 70 los médicos especialistas Fidel Endara, Adolfo Alvear, Eloy Guerrero y otros brindaron su apoyo para la creación de la Sociedad Ecuatoriana de Rehabilitación del Lisiado.

Honduras: En 1959 la terapeuta física Zoila Gálvez funda la sala de poliomielitis en el Hospital San Felipe. Junto con el Dr. Abraham Galo, primer rehabilitador, funda en el mismo hospital el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, institución símbolo de Honduras. En 1987, por ley se crea el Instituto Hondureño de Habilidadación y Rehabilitación del Minusválido. En 1993 se crea la Sociedad Hondureña de Medicina Física y Rehabilitación, cuyo primer presidente es el Dr. Nery Felipe Madrid y en el 2005 se inicia el postgrado de Fisiatría.

México: El Hospital Infantil de México, a partir de su fundación en 1943, contó con un servicio de Medicina Física y Rehabilitación, a cargo del Dr. Alfonso Tohen Zamudio. En 1965 el Instituto Mexicano del Seguro Social inició su primer curso de

postgrado en Rehabilitación del cual egresaron dos generaciones. En el año de 1972 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México dio su aval al programa del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación con sede en el Hospital Infantil de México y después en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Perú: En Perú, en los primeros 40 años del siglo XX, solo funcionaban sectores de fisioterapia atendidos por prácticos. Después de esta primera etapa, dentro de la Seguridad Social, en 1946, se creó el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital Obrero de Lima, hoy Hospital Almenara Irigoyen, bajo la Jefatura del Dr. Carlos Bustamante Ruiz. La Escuela de Terapistas, formada por el Dr. Bustamante, comenzó a funcionar en 1961 y en 1964 egresa la primera promoción. En el aspecto docente el Departamento es sede de la Cátedra de Medicina Física y Rehabilitación y de la Residencia o Postgrado de la especialidad de la Universidad Nacional de San Marcos desde 1975. El Instituto Nacional de Rehabilitación "INR" fue fundado en 1962 y su primera directora fue la Dra. Adriana Rebaza Flores. Es actualmente la entidad de más alto nivel en la red de servicios del Ministerio de Salud.

Puerto Rico: La Junta Consultora de Especialidades Médicas le otorgo a la Medicina Física y Rehabilitación su aprobación como una especialidad de medicina en 1947.

República Dominicana: Los primeros pasos en el área de la rehabilitación en la Republica Dominicana se dieron en la década de los 60. La Sra. Mary Pérez de Marranzini fue la pionera en esta área. Motivada por un caso de polio que afectó a su hijo, fundó el Centro de Rehabilitación de Santo Domingo, el cual se convertiría en el mayor centro de atención a la discapacidad. Posteriormente se fundó la Asociación Dominicana de Rehabilitación, entidad sin fines de lucro, que asiste a millares de personas en todo el país. Para ese entonces, el centro recibía asistencia

médica especializada de hospitales de la ciudad de New York mediante un acuerdo de cooperación.

Uruguay: En 1948 el Dr. Carlos Cassinoni crea la especialidad Física Médica y Rehabilitación en la Universidad de la República. Los Dres. Álvaro Ferrari Forcade y Francisco de Castellet, este último con gran dedicación a la rehabilitación pediátrica, hicieron grandes aportes a la formación académica de los especialistas.

Venezuela: Las primeras acciones de rehabilitación en 1937 con terapia recreativa y ocupacional se registran en el Hospital Psiquiátrico. Posteriormente el Dr. José J Arvelo inicia el programa de rehabilitación integral del Ministerio de Sanidad y crea la Comisión Nacional de Rehabilitación para definir políticas públicas. En 1967 nace el post-grado de la especialidad y en 1983 recibe el aval de la Universidad Central de Venezuela. En 1982 se inicia el post-grado en el Hospital Universitario de Maracaibo. (Sotelano, 2002, p. 4,7)

En los países de Latinoamérica desde hace varias décadas se ha desarrollado la Fisioterapia como profesión institucionalizada tanto para la enseñanza como para el ejercicio profesional. Cada país ha desarrollado un gremio debidamente constituido que ha aportado al desarrollo de la profesión.

Desde los años 60 se han conformado instituciones tales como la comunidad científica de la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK), o el Centro Latinoamericano de Desarrollo de la Fisioterapia y la Kinesiología (CLADEFK), que han aportado a la investigación científica permanente entre países de la región, contribuyendo al desarrollo de la Fisioterapia entre los mismos.

La Fisioterapia en Latinoamérica, se consolidó a través de los años básicamente por el esfuerzo del personal de salud que creyó en ella al principio, en forma empírica y luego con bases científicas sólidas, que hicieron posible el crecimiento de esta especialidad y su reconocimiento como una necesidad social.

Actualmente, la Fisioterapia afronta decididamente el reto de continuar avanzando en cuanto a conocimiento científico se trata al igual que otras profesiones de salud, y continuar respondiendo y adaptándose a la creciente demanda social.

2.1.2. La Fisioterapia en el Ecuador

La formación de Fisioterapeutas en el Ecuador inicia en 1966 teniendo como antecedentes históricos, el desarrollo de acciones rehabilitadoras por parte de personal médico, autoridades locales y distintos profesores preocupados por el bienestar social y físico de la comunidad, por ejemplo, para el año de 1953 se prepara una conferencia por parte del Ministerio de Educación Pública con el título “HELIOTERAPIA O BAÑOS DE SAL¹²” disertada por Vicente Aldaz Córdova, con el objetivo de que la comunidad conozca los beneficios y aplicaciones de la misma.

Para el año de 1954 el Profesor Washington Santos presenta otra conferencia en la misma línea, titulada, “BASE DE LA MECÁNICA CORPORAL APLICADA A EDUCACIÓN FÍSICA” dando los primeros indicios de la preocupación por el cuerpo de parte no solo del personal de salud sino también de las autoridades locales. (Martínez, 1954, p.34).

A finales del año 54 el Ministerio de Educación Pública vuelve a mostrar interés por el tema y aprueba esta vez al Profesor Miguel Izquierdo a disertar una nueva conferencia titulada “LOCOMOCIÓN Y PROBLEMAS MECÁNICOS”. (Martínez, 1954, p. 40)

De esta manera la Rehabilitación Física en el Ecuador, se inicia como una nueva práctica social que da relevancia a los temas que tienen que ver con el cuerpo.

¹² Martínez, J. (1953-1954). Informe del Ministerio de Educación Pública. Archivo-Biblioteca Congreso Nacional del Ecuador. Fun. Leg. n°ado 000343

En el año de 1966 como respuesta a la demanda social de profesionales “intermedios” que apoyarán a las diferentes especialidades médicas, y la necesidad cada vez más sentida de profesionales que colaboren en las distintas especialidades como la de la discapacidad física, se crea la Escuela de Fisioterapia en la Universidad Central del Ecuador, que inicialmente funcionó como dependencia de la Escuela de Medicina, más para 1972 junto al Área de Laboratorio Clínico se fusionan para formar la Escuela de Tecnología Médica.

Para el año de 1982 según el Registro Oficial No. 388, el 14 de Diciembre del mismo año se forma la Federación Ecuatoriana de Fisioterapia. (Indaburu, 1966, p. 69)

2.1.2.1. Universidad Central del Ecuador

Fue fundada el 18 de marzo de 1826, y es considerada la universidad más antigua del país. La Universidad Central del Ecuador se fundó después de que en el año 1776 se eliminara la Universidad de San Gregorio, lo cual trajo como consecuencia que se estableciera la Real Universidad Santo Tomás de Aquino.

Según el Informe a la Nación del Ministerio de Educación Pública del año de 1966 en la Universidad Central del Ecuador existían problemas económicos y sociales de tal magnitud que esta no lograba satisfacer necesidades inmediatas, y a decir verdad ni siquiera las elementales, pues el gobierno le adeudaba 20 millones de sucres, a lo que se sumó la “toma” de la Universidad por fuerzas militares, debido a la nueva ley Orgánica que encendió los ánimos en estudiantes y personal docente el 25 de Marzo de 1966.

Sin embargo, para el 6 de Abril del mismo año se formuló un nuevo proyecto de Educación Superior dando oportunidad a una comisión encargada, constituida por todos los rectores de las Universidades Ecuatorianas así como representantes estudiantiles a formular una nueva ley que se expediría el 31 de Mayo del mismo

año y que garantizaría la plena autonomía de la Universidad (esta ley se publicó en el Registro Oficial N°48, el 6 de Junio del mismo año). (Indaburu, 1966, p.69)

Fue en este mismo año, de tanta revolución, cuando la Escuela de Fisioterapia es creada, como respuesta a la demanda social de profesionales que apoyarán a las diferentes especialidades médicas.

Para el año de 1968 Hospitales como el LEPROCOMIO “VERDECRUZ¹³” son beneficiados con la apertura de nuevos servicios, entre ellos el de Rayos X y el área de Fisioterapia, además de la instalación de camillas y equipos necesarios.

Para 1972 nace, en la Universidad Central del Ecuador, la Escuela de Tecnología Médica al fusionarse la Escuela de Fisioterapia y el Área de Laboratorio Clínico que inicialmente funcionaron como dependencia de la Escuela de Medicina.

En1996 la Universidad Central del Ecuador planifica la Licenciatura para Tecnólogos, no como un programa complementario si no como una carrera terminal, la misma que se abre en 1999. (Indaburu, 1966, p.70)

Estos son tan solo unos cuantos modelos de como a través de la historia la Fisioterapia se ha abierto caminos con el fin de promover la salud.

2.1.2.2. Universidad Católica del Ecuador

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador, PUCE, fue fundada en 1946, durante la segunda presidencia del Dr. José María Velasco Ibarra.

Una breve reseña histórica de la PUCE menciona que el 2 de julio, gracias a las gestiones de los miembros del Cuerpo Gubernativo previamente formado para dirigir la Universidad, el presidente de la República, doctor José María Velasco Ibarra, expidió el decreto 1228, en el que autorizó el funcionamiento de

¹³ Hospital especializado en la atención de enfermos de lepra, que concurren en busca de Rehabilitación Integral.

universidades particulares. Se publicó este decreto en el Registro Oficial n° 629 del 8 de julio. Inmediatamente, el padre Aurelio Espinosa Pólit, S.J., nombrado rector por el Cuerpo Gubernativo, se encargó de conseguir sede, financiamiento, planta docente y de elaborar los planes de estudio. El 26 de septiembre, el ministro de Educación, ingeniero Pedro Pinto Guzmán, otorgó la autorización para iniciar la enseñanza. El arzobispo de Quito, monseñor Carlos María de la Torre, celebró una misa en la basílica del Voto Nacional el 4 de noviembre y bendijo la sede de la calle Bolívar n° 343. Al día siguiente empezó el primer ciclo académico con una sola facultad, la de Jurisprudencia, con 54 estudiantes. (PUCE, 2011, p. 1)

Para el año de 1949 se crea la Facultad de Economía, en Octubre de 1953 se abre la Facultad de Ciencias de la Educación, en el 61 se crea la Facultad de Ingeniería Civil, en el 63 la Escuela de Trabajo Social, y en 1965 aparece la Escuela de Enfermería de donde nacerá años después la Carrera de Terapia Física.

Según un oficio de la Federación Ecuatoriana de Fisioterapia con fecha del 29 de Julio de 1998, dirigido a la Señora Lcda. Máster Lourdes Carrera, Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica, la Ft. Vilma Carvajal de Jumbo Presidenta de la Federación Ecuatoriana de Fisioterapia solicita tras anteriores conversaciones dadas con la Lcda. Carrera “se dé una oportunidad para hacer la licenciatura en la Universidad y así poder cumplir uno de los mayores anhelos del gremio” (PUCE, Actas de consejo de Facultad, 1999, p. 37)

Según el documento anteriormente relatado y la investigación realizada en las Actas de Consejo de Facultad, el anterior oficio es el primer indicio de conversaciones previas a la formación de la Carrera de Terapia Física en la Universidad Católica del Ecuador.

Para Mayo de 1999, la Lcda. Lourdes Carrera, Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica propone el primer Proyecto dirigido a la creación de la Licenciatura en la Universidad al que llamó: “Proyecto del Programa Complementario de Licenciatura para Tecnólogos en Fisioterapia, Terapia del

Lenguaje, y Terapia Ocupacional” que se encuentra en las Actas de Consejo de Facultad de Junio 1999-Julio 2000.

Para el 7 de Junio se llama a Sesión de Consejo de Facultad, para el Análisis de dicho Proyecto.

El 19 de Julio por disposición de la Decana se convoca a miembros del Consejo a una nueva revisión del Proyecto, que se terminará enviando al Director General Académico Ing. Roberto Vallejo, el 30 de Agosto para que se tramite en las instancias pertinentes hasta su aprobación.

Para el 26 de Octubre de 1999, según Actas de Consejo de Facultad de Junio 1999-Julio 2000, la Señora Decana informa al pleno Consejo que se ha dado el primer tratamiento a la propuesta del “Programa Complementario de Licenciatura para Tecnólogos en Fisioterapia, Terapia del Lenguaje, y Terapia Ocupacional” en el que la Dra. María Eugenia Moscoso presidió, y en el que al término la Señora Decana comenta que se llegó al acuerdo de que todo aquello reducido por escrito sería remitido para futuras correcciones y futuros debates.

El 21 de Diciembre del 99 la Dirección General Académica remite el acta de sesión en que se puntualizan las observaciones del tema y la Dra. María Eugenia Moscoso prefiere no dar contestación inmediata al referido hasta obtener asesoramiento y de esa manera mejores elementos de juicio para defender la postura e iniciativa de la facultad al llevar a cabo el programa referido de estudios.

Según el Acta de Consejo de Facultad de Enfermería del 19 de Junio del 2000 la Lic. Lourdes Carrera manifiesta que el referido Proyecto ha contado con aportaciones de la Facultad de Medicina y lo propio se esperaba de la Escuela de Tecnología Médica quienes no brindaron su cuota de participación.

El pleno del I Consejo por su parte recomienda cambiar el nombre al Proyecto por “Programa Complementario de Licenciatura en Terapia Física.”

De esta forma el 21 de Junio del 2000, el Director General Académico junto al Consejo resolvió APROBAR el referido Proyecto.

Para Junio del 2000, finalmente se aprueba el Programa elaborado por la Lic. Lourdes Carrera con el nombre definitivo de: Programa Complementario de Licenciatura en Terapia Física, en donde el Título a otorgar es de: Licenciado-a en Terapia Física. Con un total de 61 créditos, 39 en teoría y 22 en práctica distribuido en tres semestres; con un horario de lunes a viernes de 16:00 a 20:00 y sábados de 8:00 a 12:00.

Según el diseño curricular de la Carrera de Terapia Física de la PUCE, (2010):

En Septiembre del 2003 se abren nuevos programas de formación como son las carreras de Nutrición Humana y Terapia Física, con un programa de Enfermería actualizado dentro del Proyecto de diversificación de Carreras, en el cual se propusieron las áreas y ejes curriculares de la formación, la estructura curricular básica, y a la que se adecuaron las tres carreras propuestas, se elaboraron los contenidos temáticos de primer orden o generales para cada disciplina y se definieron los lineamientos o directrices metodológicas y de evaluación de la propuesta. (p. 29).

El 21 de Julio del 2003de acuerdo con lo que establecen las normas reglamentarias por la facultad, se aprueba a 14 estudiantes a ingresar a la Carrera de Terapia Física para el primer semestre con fecha de: Septiembre 3 a Febrero 4 de 2004.

El 24 de Febrero del 2010 se presenta un nuevo diseño Curricular de la Carrera de Terapia Física, el cual inició en Septiembre del 2009 y se encuentra vigente.

A continuación mencionaremos al profesional en Terapia Física, su perfil, y las funciones que este cumple en su práctica profesional.

2.2. El Profesional en Terapia Física

Según Pérez el concepto de profesión ha ido “evolucionando de la mano del desarrollo de las sociedades, se ha creado y renovado mecanismos de diversa índole, hasta llegar a los procesos modernos que se conocen hoy en día”. (Pérez, 2001, p. 1).

Como menciona Pérez (2001):

La palabra profesión proviene del latín *professio -onis*, que significa acción y efecto de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente; protestación o confesión pública de algo (la profesión de fe, de un ideario político, etc.). En términos generales, se ha definido la profesión como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales. (p. 2)

El Diccionario de la Real Academia Española 2011 define la palabra profesional como la “persona que practica habitualmente una actividad, de la cual vive, y que ejerce su profesión con relevante capacidad.”

Es así como la palabra profesión se vincula de forma directa con el término profesional, siendo este último no quien obtiene un título habilitante o una profesión, antes bien, quien lo desarrolla todos los días y se compromete al perfeccionamiento de su actividad sin olvidar a la ética como complemento del mismo, ese es el profesional en Terapia Física, no simplemente el que conoce de la profesión, antes bien, aquel que busca formación continua, y no tiene miedo a la innovación, que está abierto a nuevas ideas, y posee la iniciativa necesaria para desenvolverse bajo toda circunstancia.

2.2.1. Perfil del Profesional en Terapia Física

Según el diseño curricular¹⁴ de la Carrera de Terapia Física, PUCE, (2010):

El Terapeuta físico debe ser un agente de salud comprometido con el mejoramiento de los procesos sociales y la calidad de vida de las personas, estando capacitado de manera específica para desenvolverse y desarrollarse en todas las áreas de la rehabilitación. Debe conocer y aplicar de manera específica, sistemática y científicamente fundada todos los elementos (manuales, físicos, químicos etc.) relacionados a la rehabilitación física, en los campos terapéutico-asistencial, preventivo, educativo, y de promoción, de investigación y, de administración y organización de los servicios de terapia Física y salud. (p. 8)

Siendo de gran importancia para él, el trabajo interdisciplinario con el objetivo de aportar a la pronta recuperación del paciente, y además de estar preparado para relacionar su actividad profesional con actividades docentes si las circunstancias lo ameritan.

2.2.2. Funciones del Terapeuta Físico

Según Parga la función es lo que caracteriza al ejercicio de una profesión. Son los elementos característicos de ejercer una profesión u actividad. Es lo que tiene mayor nivel de abstracción, mucho más que un acto. (Parga, 2006, p.5).

De esta forma encontramos las siguientes funciones: Asistencial, Preventiva, Educación y Promoción, Investigativa, Administrativa.

¹⁴ Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2010). Diseño Curricular de la Carrera de Terapia Física. Archivo-Secretaría. Facultad de Enfermería

2.2.2.1. Asistencial

La función asistencial puede desarrollarse en los distintos niveles de atención sanitaria e implica:

- Brindar servicios de rehabilitación física orientados a lograr el mayor bienestar individual y colectivo en los procesos de salud-enfermedad.
- Promover la máxima funcionalidad de los individuos en el contexto de su grupo social luego de un proceso de enfermedad que deja secuelas.
- Aplicar las técnicas específicas inherentes a los procesos cardiacos a nivel individual y grupal.
- Utilizar los elementos específicos inherentes a la rehabilitación cardíaca (bicicletas ergonómicas, caminadoras, máquinas reguladoras de peso, etc.).
- Aplicar las técnicas específicas inherentes a los procesos neurológicos.
- Promover la independencia en las actividades de la vida diaria a nivel domiciliario y extra domiciliario.
- Aplicar las técnicas específicas a los procesos traumatológicos.
- Aplicar las técnicas específicas a los procesos reumatológicos a nivel individual y grupal.
- Aplicar las técnicas específicas inherentes a los procesos posturales a nivel individual y grupal.

2.2.2.2. Preventiva

- Identificar y prevenir factores de riesgo para la salud física y mental del individuo y de la comunidad.
- Planificar y participar en actividades de prevención en salud.

2.2.2.3. Educación y Promoción

- Participar en programas de educación y promoción de la salud desde los aspectos psicomotrices para población preescolar, escolar, adulta y de la tercera edad.

2.2.2.4. Investigativa

Según Carlos Parga, la investigación en Terapia Física viene con el objetivo de profundizar y adquirir nuevos conocimientos; de esta forma incluye tanto el campo asistencial como el docente y de gestión, de esta forma logra realizarse a un nivel personal (transmisión de experiencias), o más básico y general como al compartir resultados profesionales ayudando de esta forma a la investigación. La publicación de dichas investigaciones por medio de revistas, o la Web, de seguro llevarán a que más profesionales puedan beneficiarse de las mismas. (Parga, 2006, p. 20).

2.2.2.5. Administrativa

- Interesar a los profesionales de Terapia Física en los procesos de gerencia y organización de servicios inherentes a la profesión.
- Planificación, gerencia, y evaluación de servicios de Terapia Física o salud.
- Auditar regularmente servicios de Terapia Física o salud para elevar la calidad (eficacia, eficiencia, efectividad) de los mismos.

2.2.3. Campo laboral

La Fisioterapia es una ciencia que se abre campo entre muchas Especialidades Clínicas, y es así como ofrece sus servicios en distintas actividades, por tomar ejemplos en: Terapia Neurológica, Terapia Respiratoria, Traumatológica, Reeducción pre y post parto, incontinencia urinaria, Terapia Cardíaca, Reumatológica, Gerontológica, Ortopedia, Oncología (Linfoedemas), Drenaje Linfático, y Terapia en el Paciente Quemado.

Los profesionales en esta rama de la salud se ubican laboralmente tanto en el sector privado como en el público.

El desarrollo actual de la rehabilitación en nuestro país y el mundo trae como consecuencia la necesidad de continuar progresando en el programa de formación superior con el objetivo de hacerlo más abarcador, por ejemplo, en el campo de la discapacidad.

Los porcentajes en el Ecuador aumentan día a día como evidencia de la inmediata necesidad de atención en salud y formación de nuevos profesionales destinados a la atención en este campo con nuevas concepciones de lo que es la discapacidad, es por eso que el III capítulo analizará algunos antecedentes históricos de la discapacidad y los procesos de construcción social que se ha tenido a lo largo del tiempo.

2.3. Manejo Ético del Terapeuta Físico a Personas con Discapacidad

En muchas ocasiones se ha escuchado hablar de lo que es la calidad en la atención en salud, que se espera de ella, como conseguirla, y más importante aún como llevarla a la práctica, pero ¿es posible medir la calidad de la atención que se da a los pacientes? Aunque existen variedad de opiniones que dan respuestas a esta pregunta, se piensa acertadamente que utilizando el nivel de satisfacción de los pacientes como indicador fundamental, se podrá evaluar la calidad de la atención ofrecida, pues no se puede construir excelencia de la calidad en la atención en salud, sino se garantiza satisfacción. (Leyva y Bravo, 2007, p, 2)

Por otro lado, una atención de calidad con respeto y dignidad al paciente, es más importante que nunca debido a los conflictos éticos que surgen en el ámbito laboral, y debido a que el profesional en Terapia Física dedica gran parte de su tiempo a trabajar con personas con discapacidad, es necesario reflexionar en el

modelo de atención que se está brindando con el fin de ofrecer un servicio ético y de mayor calidad.

2.3.1. Conflictos Éticos

Entre los más destacados se encuentran la corresponsabilidad, la comunicación, la negativa a cierto tratamiento o proceso rehabilitador, la asistencia en la higiene personal y el tiempo.

La corresponsabilidad: Ya que el Profesional es responsable, directa e indirectamente, de mejorar las condiciones de vida de la persona, pero es también responsable de no mostrar negligencia a la hora de no crear una nueva o mayor dependencia a la persona. Por poner un ejemplo, por razones de tiempo o amabilidad mal entendida, se abrochan los botones a la persona con discapacidad cuando ella lo podría hacer sola, creándole de esta manera una nueva dependencia. (Hernando, 2010, p.28)

La comunicación: En ocasiones el Profesional puede creer que no es parte de su trabajo conocer a la persona con discapacidad a la que le presta sus servicios, limitándose de esta manera a comunicarse con ella solo para dar instrucciones concretas con respecto al tratamiento o el plan de rehabilitación. Sin embargo, el trato con dignidad precisa respetar al individuo con sus preferencias, deseos y peculiaridades, por lo que es parte de su trabajo también observar, investigar, e interrelacionarse con el paciente a fin de ofrecerle una atención ética y de calidad.

La negativa a cierto tratamiento o proceso rehabilitador: En este caso particular el conflicto ético surge debido a la violación de un principio de gran peso, la autonomía, que significa el derecho de la persona a la libertad, o a la autodeterminación, a decidir sobre lo que es bueno o no para ella. Sin embargo, respetar la autonomía de la persona es respetar sus decisiones sobre la base de que asuma las responsabilidades que puedan generar sus autodeterminaciones.

Por supuesto, sin olvidar que la discapacidad en algunas de las personas es severa, por lo que no se encuentran en condiciones de asumir dichas autodeterminaciones, y es ahí donde entra la ética, a la hora de aceptar o rechazar ciertas decisiones. Por poner un ejemplo, está la experiencia de una profesional que tenía bajo su responsabilidad medicar a una persona con esquizofrenia, cada vez que la misma llegaba a la casa del hombre, su paciente le afirmaba ya haber tomado la medicación, por su parte la profesional contaba la medicación y aún después de hacerlo mantenía sus dudas sobre si su paciente la había tirado o tomado. (Navarro, 2010, p.56)

La asistencia en la Higiene Personal: En cuanto a este punto muchos aseguran que lo que debe primar ante todo es la privacidad de la persona su intimidad, por lo que algunos han decidido por poner un ejemplo, dejar la cortina del baño corrida, sin embargo, con esa forma de actuar podría ponerse en peligro al paciente si este resbalara en la ducha o convulsionara, por otro lado podemos enfrentarnos a la misma disyuntiva si pensamos en un paciente que sufre de un trastorno que hace que encuentre agradable comer sus heces fecales se debe dejar que el mismo permanezca a solas en el baño. Cuestiones como estas dan paso a decisiones éticas.

El Tiempo: Es una de las cosas más valiosas que existe, pues si lo perdemos, jamás volvemos a recuperarlo, y en los servicios de salud es algo que se valora en gran manera, sobre todo si se trabaja a presión y con gran cantidad de personas que estén constantemente afluyendo, sin embargo, ¿es posible que la atención se vuelva homogenizada o hasta robotizada en un servicio que de atención a toda prisa, contra el tiempo?, ¿Se puede decir que una atención en esas circunstancias es una atención de calidad, ética? La respuesta que cada uno tenga a estas preguntas definirá la formación y la moral que cada uno haya recibido, sin embargo, no debemos olvidar que es de mínimos sociales garantizar una atención con dignidad.

Es por conflictos éticos como estos que exista la importancia de una formación ética en los profesionales de los servicios de salud con el fin de que los mismos puedan ofrecer una atención con respeto, dignidad, calidad y por sobre todo ética.

CAPITULO III: DISCAPACIDAD

3.1. Definiciones y Construcción Social

Durante la historia de la humanidad los conceptos y definiciones de la discapacidad han ido evolucionando dependiendo de la época, la cultura, las relaciones de poder, y la sociedad en general.

Aguado (1995) menciona que:

En todas las culturas siempre ha habido, por un lado, individuos diferentes que, bajo las aún más variadas denominaciones, han sido objeto de las todavía más variadas concepciones y formas de trato, y por otro lado, unos también muy variados expertos encargados por las instituciones dominantes en el momento de definir qué es la diferencia, quiénes son los diferentes, cuál es el lugar que les corresponde en la sociedad, y cuál es el trato que deben recibir. (p.20)

En este capítulo se cita algunas definiciones utilizadas en distintos períodos de tiempo y se resalta la construcción social que se ha ido formando.

Se inicia mencionando a María Ruiz, quien cita a “Platón, (428-347 a.C.) pues afirmó que era necesario eliminar a los débiles y deficientes,” de igual forma Aristóteles (384-322 a.C.) en La Política, deja bien claro que sobre el abandono en la crianza de los hijos, una ley debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado. (Ruiz, 2002, p.69).

Como se puede ver, se encuentran las primeras definiciones en manos de hombres actualmente afamados y en muchos sentidos poderosos con términos como:

Débil, que según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española que utilizaremos a continuación significa escaso (limitado, no cabal ni entero) o deficiente en lo físico.

Deficiente: falta o incompleto, que no alcanza el nivel considerado normal, subnormal.

Lisiado: de lesión permanente.

Para el año (800 a.C.) en Roma hasta la caída del Imperio en (476d.C.) según Aguado la práctica de mutilar niños para mendigar se infringe a los nacidos con malformaciones o bajo un mal augurio (Aguado, 1995, p.44).

Malformado

Augurio: con presagio, indicio de algo futuro, en nuestro caso, con un mal presagio, mal indicio de algo futuro.

Definiendo de esta forma la discapacidad por una visión mítico-religiosa la misma que consideraba la discapacidad como castigo de los dioses o posesión demoniaca. Y es así como para la Edad Media en Mesopotamia se trata la enfermedad con el exorcista y el médico; el médico remitía al exorcista, en una especie de interconsulta, cuando sospechaba una causa sobrenatural de su enfermedad. (Juárez y Salamanca, 2006, p.191).

Aguado (1995) menciona:

Para la primera centuria después de Cristo, Aurelio Cornelio Celso considerado el mejor escritor médico romano, en su libro DE MEDICINA emplea el término *imbecillis* para hacer referencia a un grado moderado de deficiencia mental. Sin embargo, en sus tratamientos defiende la "hipótesis del miedo", que de una forma u otra seguiría aplicándose hasta bien entrado el siglo XX: castigo con privación de alimentos, cadenas, grilletes, etc. Asimismo, parece ser que Celso recomienda la castración de los epilépticos. (p. 52)

Imbécil: alelado (dicho de una persona tonta), escaso de razón.

El ejemplo del mejor escritor médico romano, Celso, es tan solo una muestra de cómo la sociedad se estructura a partir del conocimiento que obtienen unas pocas personas, para dominar.

Según María Pérez (2007):

Desde tiempos inmemoriales disponer de la capacidad de dar explicaciones sobre cómo se estructura la realidad ha sido un modo de acumulación de poder. Es en este sentido que aquellos que tenían la cualidad de saber lo que los otros no sabían siempre constituyeron un grupo pequeño y muchas veces aislado del resto de la sociedad. (p.8)

Según Scheerenberger, el infanticidio, la esclavitud, y los malos tratos persistirían a lo largo de los siglos, debido a la acumulación del poder en supuestos entendidos quienes decidían lo que era normal y lo que no. (Scheerenberger, 1984, p.7).

Tiempo después, de la mano del surgimiento del demonismo surge también el cristianismo, el cual según María Ruiz da paso a la “creación de hospitales y sanatorios, precursores de los manicomios aparecidos en épocas posteriores.” (Ruiz, 2002, p.64).

Este es un gran paso en una sociedad en la que la magia, el empirismo y la brujería, estaban a la orden del día, pero traía consigo también “la emergencia del institucionalismo asistencial, fuertemente asociado con el imaginario religioso de la caridad”, que propició que la persona con discapacidad empiece a ser vista como la poseedora de un destino fatal, de una desgracia, de alguien incapaz y necesitado de ayuda, trayendo consigo nuevos términos como él o la pobrecito/a, tullido/a. (Ferreira, 2007, p. 6).

Pobre: necesitado, escaso, infeliz, desdichado, triste, corto de ánimo y espíritu.

Tullido: Que ha perdido el movimiento del cuerpo o de alguno de sus miembros.

Estableciéndose de esta forma una visión alterada, una identidad disfrazada y un enfoque completamente velado de lo que es la discapacidad, siendo protagonistas de esta perspectiva los propios discapacitados.

Para el siglo XV, Wier, padre de la primera revolución psiquiátrica, afirma que la enfermedad mental es una dolencia natural y no posesión diabólica; por su parte, Vives, recomienda el ingreso de los desequilibrados al hospital donde se les debe efectuar un diagnóstico pronóstico y tratamiento. (Aguado, 1995, p.70)

Desequilibrado: falta de sensatez y cordura (falta de buen seso), llegando a veces a parecer loco.

De esta forma se abandona la demonología como un progreso de la época, aunque persistiendo en la concepción de la terminología y como menciona Ferreira aun tratando de curar, completar o reparar la discapacidad, sin entender que la misma no es una condición a curar, completar o reparar antes bien, es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo). (Ferreira, 2007, p.4).

Para 1812 a 1880 según Aguado “Ónesime Seguin clasifica y establece cuatro grados distintos de idiocia, término genérico y, a la vez, primer grado empleado por Seguin para la deficiencia mental” (Aguado, 1995, p.117) que son:

- idiocia: retraso mental moderado, grave y profundo.
- imbecilidad: retraso leve con defectos en el desarrollo moral (social).
- debilidad mental: retardo del desarrollo.
- simpleza: retraso superficial, desarrollo intelectual lento.

Idiota: corto de entendimiento.

Simpleza: bobería, necedad, rusticidad, tosquedad, sin composición.

Para finales del siglo XIX las instituciones de asistencias hacen las veces de asilos por lo que muchos terminan reclusos perdiendo el control de sus propias

vidas y de su libertad en muchos casos en contra de su voluntad, exponiéndose a la violación de sus derechos más básicos¹⁵. (Juárez, Salamanca, 2006, p.22)

Sin embargo, la primera y la segunda guerra mundial dejan a potencias como E.E.U.U. en un grave aprieto social por lo que, se requiere una movilización de todos los recursos, incluidos los humanos, es decir, una vez más el contexto social (situación de emergencia y mano de obra) condiciona la concepción de la discapacidad desapareciendo el negativismo y la desconfianza hacia su responsabilidad social. (Ruiz, 2002, p.81).

Entre quienes resaltan el hecho, se encuentra Doll, (1944) quien afirma que:

Los deficientes mentales que hoy tienen éxito en el empleo y resultan socialmente útiles como consecuencia de la escasez de mano de obra civil, serán probablemente devueltos a la pobreza y a la dependencia de los demás en cuanto la guerra termine. (p. 67).

Poco tiempo después las palabras de Doll se tornan en la realidad de muchos, por lo que ahora más que nunca se vuelve una situación evidente lo escrito por Borges cuando mencionó que “en el mundo del capitalismo, el individuo es útil en la medida que puede generar riquezas a través del trabajo. Es en función de su capacidad para el trabajo que la persona es clasificada.” (Doll, 1944, p.65)

Según Rusk “la segunda guerra mundial trajo consigo el reconocimiento de que la rehabilitación es un problema de todos pues la atención médica no termina hasta que el paciente ha sido llevado a vivir y trabajar con las facultades que todavía tiene.” (Aguado, 1995, p.83)

Cabe resaltar las palabras de Aguado (1995) al ver el cumplimiento de las palabras de Doll tiempo después de terminar la guerra:

¹⁵Según Agustina Palacios (2008) en “la Colonia de Epilépticos y Lelos de Virginia, E.E.E.U.U. pidieron esterilizar a una mujer residente de 18 años luego de que diera a luz a un niño. La madre de dicha mujer también vivía en la misma institución y ambas habían dado a luz a hijos ilegítimos. Holmes escribió en su conocida sentencia: “tres generaciones de imbéciles son suficientes”.

Interesa dejar aquí claro varias cuestiones: en primer lugar, es la primera ocasión histórica en que se confía en los deficientes, en que se les valora, se les asignan responsabilidades, se les exige y se les remunera como a los demás.

Incluso, considerada como oportunidad propiciada por toda una sociedad, es la única ocasión histórica en que esto sucede. En segundo lugar, los deficientes responden, se adaptan en la primera, y única, oportunidad que históricamente se les ha concedido. En tercer lugar, los programas de entrenamiento especial son mínimos, doce semanas a cargo de personal especializado.

Si cuando se les ha tratado, exigido y remunerado como a los demás han rendido como los demás, se puede, también, demandar cómo rinden cuando se les trata, exige y remunera de forma especial. De igual modo, se puede inquirir si no es la educación especial, el tratamiento especial, quienes hacen sujetos especiales. Finalmente, se puede cuestionar si la educación especial no es más que un sustituto de las oportunidades sociales que se les niegan. (p.83).

A finales de los años 50 Bank-Mikkelsen introduce el principio de normalización que según Aguado empieza en “1959 cuando el gobierno danés da inicio a una ley relativa al cuidado de las personas con retraso mental con el objeto de normalizar sus vidas.” (Aguado, 1995, p.223).

Para 1972-1984 Wolfensberger modifica el concepto de normalización mostrando que según Aguado (1995):

No se trata de valorar simplemente a la persona en sí, sino de asignarle un rol social valioso; la normalización, en su conceptualización más actual, consiste en la promoción y defensa de roles sociales y valiosos en la persona devaluada. (p. 223).

En virtud de tal principio se ponen en marcha la desinstitucionalización y la integración escolar, además se introduce el término normalización en el diseño y formulación de políticas, y su influencia es clara en el Informe Warnock, que manifiesta que todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión.(Samaniego, 2006, p.21).

A partir de los años 70 se dan grandes pasos al surgir una crisis del modelo médico y psiquiátrico tradicional por su tendencia a etiquetar y estigmatizar a los individuos, poniendo en marcha así el activismo social donde inicia una mayor participación de los padres, profesionales en salud, gobiernos y organizaciones internacionales; por poner un ejemplo, la legislación norteamericana de aquel entonces estableció que según Aguado (1995):

El propósito de la nueva ley era rehabilitar a las personas física (y mentalmente) minusválidas, de tal forma que puedan prepararse para y ocupar un empleo remunerado para que de este modo incrementen no sólo su bienestar económico y social sino también la capacidad productiva de la nación.(p.185).

Llegando en este punto de la historia a buscar una vez más, preparación, empleo remunerado, y, por tanto, una vida con dignidad para quienes siempre se les fue negada.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, (OMS); en el año de 1970, por medio de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) presentó su esquema de la enfermedad como: Etiología, Patología, Manifestación, el mismo que resultó insuficiente para explicar y clasificar las consecuencias de la enfermedad.

Para el año de 1980 mediante la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDMM), se propone un nuevo esquema: Enfermedad, Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía, secuencia que abarca las consecuencias de la enfermedad, y que encasilla a las personas con discapacidad según la CIDMM (1980) de la siguiente forma:

Deficiencia

Se define como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano.

Discapacidad

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano.

Minusvalía

Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales. (p.2)

Según Egea el objetivo de la CIDDDM se centró en traspasar las barreras de la enfermedad, entendida en su concepción clásica en los años 70 como: Etiología, Patología, Manifestación; tratando de ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo en su propio cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad. (Egea, 2001, p.2).

Más recientemente, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (la CIF, 2001), la OMS muestra el concepto de discapacidad como la "limitación en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social." (OMS, 2001, p.5).

Según Carlos Egea y Alicia Sarabia (2001):

No se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de funcionamiento (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), discapacidad (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores). (p.7).

Concepto que, según Rodríguez y Miguel, se define entonces como limitación y restricción para llevar a cabo una vida “normal” en virtud de una deficiencia en el orden de lo comúnmente entendido como salud. Observándose de esta forma, nuestras nociones acerca de lo que es normal y lo que no lo es, de lo que es saludable y lo que no lo es, definiciones que distan mucho de ser algo universal y dado, sino que más bien guardan relación con lo considerado como normal según cuestiones tanto del orden de lo estadístico como del orden de los juicios de valor, es decir, de lo que una sociedad estima como bueno y deseable. (Rodríguez & Miguel, 2010, p.1).

Por su parte Foucault hablando de la normalidad, analiza el comportamiento de la sociedad en el contexto de la modernidad, y da consideración al concepto de normalización de Wolfensberger mostrando como dicho proceso delimita espacios para lo anormal y lo normal, conformando una línea demarcatoria donde se encuentran a los incluidos de un lado y a los excluidos por otro. (Miguez, 2003, p.12).

A este respecto María Pérez afirma que mientras las personas con discapacidad continúen siendo evaluadas a través de un parámetro de normalidad que pretende uniformizar y homogeneizar, seguirán siendo parte de la clase dominada, y continuarán sufriendo mecanismos de control de sujeción de sus cuerpos. Se continuarán fortaleciendo espacios de estigmatización hacia estas personas, demarcándolas como los diferentes, los desviados, etc. (Pérez, 2010, p.22).

Es fundamental, por tanto, no ver la discapacidad como un problema exclusivo de la persona de forma individual, ni pretender como menciona Agustina Palacios 2008:

La imitación de los llamados capaces, la igualación con ellos, porque se entiende que lo defectuoso debe tomar lo estándar como modelo, pues de otro modo estaríamos obligando a los discapacitados a ser o parecer ser,

como los demás. Por otro lado, habría que cuestionarse a quién se supone que se refiere la ecuación “como”, qué tipo de imagen es construida socialmente del individuo que es objeto de imitación, y cuál es el modelo cultural que está siendo impuesto. (p.102).

Por otro lado y más recientemente nace el movimiento de vida independiente, en Berkeley en 1962 donde Ed Roberts es considerado el padre del movimiento por ser la primera persona con discapacidad que aplicó a su propia vida esta filosofía.

El movimiento responde a “barreras en el entorno físico y barreras psicológicas en la comunidad, a la estigmatización de la discapacidad” (García, 2003, p.21)

Según Agustina Palacios para entender el concepto de discapacidad en esta nueva filosofía es necesario hacer una distinción entre los términos deficiencia- la condición del cuerpo y la mente,- y la discapacidad- las restricciones sociales que se experimentan. (Palacios, 2008, p.122).

Por poner un ejemplo de lo anterior, Morris (1996) explica que:

Una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste en una serie de escalones es una discapacidad. Una incapacidad de hablar es una deficiencia pero la incapacidad para comunicarse porque las ayudas técnicas no están disponibles es una discapacidad. Una incapacidad para moverse es una deficiencia pero la incapacidad para salir de la cama debido a la falta de disponibilidad de ayuda apropiada es una discapacidad. (p.56).

De esta forma se certifica que la sociedad discapacita a las personas con discapacidad, y se da un nuevo concepto de lo que es la discapacidad:

La discapacidad “es algo que se emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de una participación plena en sociedad”. (Palacios, 2008, p. 130).

Por otro lado una nueva propuesta de lo que es la discapacidad se da por parte del International Disability Caucus hecha en el (2006) donde se dice que:

Personas con discapacidad incluye, pero no se limita, a aquellas que tienen deficiencias o condiciones físicas, mentales, intelectuales, psicosociales o sensoriales que en interacción con barreras del entorno o actitudinales pueden ver limitada su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. (p.3)

De esta revisión se puede notar como a lo largo del tiempo se ha procurado avanzar en el conocimiento de la condición humana acertando o no en lo que somos pero construyendo un camino.

En cuanto a las prácticas sociales, como consecuencia de los avances antes mencionados, la experiencia de la guerra, y el progreso en el conocimiento, las actitudes públicas hacia los discapacitados hoy por hoy traen en muchas sociedades grandes cambios positivos en la manera de concebir y para muchos vivir la discapacidad. Sin embargo, aún existen ciertos rezagos de épocas anteriores pues en muchos lugares persiste el infanticidio con una nueva forma de verlo en el aborto eugenésico, una actitud paternalista y sobreprotectora al seguir vendiéndonos la misma imagen (caritativa, piadosa, y compasiva mediante los medios de comunicación sensacionalistas) además de un constante eximir de deberes creyendo que la única responsabilidad social del discapacitado, es la de asumir las obligaciones derivadas de su “rol de enfermo”.

Por otro lado, toda persona que tenga relación con la sociedad no puede dejar de agradecer por el camino recorrido, pues durante todo el proceso que nos ha llevado a entender la discapacidad con ojos distintos a los de nuestra génesis, hemos logrado avanzar en el conocimiento, y, se ha logrado la participación activa de los discapacitados en los actuales procesos de negociación sea nacional o internacionalmente.

3.1.1. El porqué del Lenguaje

Según Ortega y Gasset, el significado de una palabra es como el pequeño abismo de la palabra, mostrando de esta manera lo excepcional que es encontrar la definición a una palabra sin que haya mil interpretaciones para la misma. (Ortega y Gasset, 1997, p. 19).

Hablando de la “sensibilidad social” se debe citar a Samaniego quien explico lo que es el lenguaje, menciona que no sólo expresa el pensamiento sino que lo crea, no es una mera cuestión de forma, es de fondo en la medida que expresa la interioridad y construye el imaginario social al propiciar la evolución de nuestras estructuras mentales. (Samaniego, 2006, p. 146)

Llegando a haber de esa manera variabilidad en las opiniones de cómo utilizar términos, por ejemplo, según Degener hay defensores que consideran que se debe utilizar la expresión, los discapacitados, en lugar de, las personas con discapacidad, para destacar el hecho de que es la sociedad la que discapacita a la persona.(Degener, 2002, p. 20)

Por otro lado según Miguel Ferreira en España se ha huido del término persona discapacitada o “discapacitados” porque evoca una condición de la persona que la engloba y la define, es decir que la discapacidad acaba englobando la identidad de la persona. (Ferreira, 2007, p.2)

Como podemos ver existen diversos criterios respecto al asunto y existen también organizaciones dispuestas a buscar determinado equilibrio entre ambos razonamientos, por ejemplo, según Samaniego (2006) la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, define la discapacidad como:

Deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades

esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. (p.26)

El siguiente cuadro podría resultar útil para entender de mejor manera ambas posturas:

Cuadro 1. Lenguaje en España:

Discapacitado Persona con Discapacidad

<p>Se ha huido del término discapacitado porque evoca una condición de la persona que la engloba y la define, es decir que la discapacidad acaba englobando la identidad de la persona.</p>	<p>Esta expresión indica que antes que nada está la persona, tenga o no discapacidad, como el resto, pero con una característica especial que es precisamente la discapacidad, como muchas otras como (el color de pelo, estatura, timbre de voz).</p>
<p style="text-align: center;">Lenguaje en Gran Bretaña</p> <p style="text-align: center;">Discapacitado Persona con Discapacidad</p>	
<p>Se ha extendido la expresión discapacitados porque se considera la discapacidad en, gran medida,</p>	<p>La expresión persona con discapacidad aludiría, exclusivamente, a un condicionante individual, a un</p>

<p>como una consecuencia de las limitaciones impuestas por el entorno social; así la expresión estaría indicando “persona (en gran medida) discapacitada por la sociedad.</p>	<p>atributo del sujeto particular que no tomaría en consideración esta dimensión y estos condicionantes sociales (persona con discapacidad equivaldría a “persona particular que posee el atributo individual de la discapacidad”: la discapacidad sería una cosa “suya” en la que la sociedad no tendría ninguna influencia).</p>
---	--

Fuente: Ferreira (2007). III Congreso Nacional de Discapacidad y Universidad.

Elaborado por: Stephanie Sosa

Según Miguel Ferreira se puede “estimar que ambos razonamientos son adecuados, y que ambas expresiones pueden llegar a ser legítimas,” sin embargo, dependerá de nuestra propia visión que argumentación acogeremos. (Ferreira, 2007, p.1).

A continuación, se analizará la discapacidad en el Ecuador y las tendencias en su atención.

3.2. La Discapacidad en el Ecuador

El tema de la discapacidad tanto en el Ecuador como alrededor del mundo ha sido un concepto que evoluciona y se desarrolla lentamente como resultado de la interacción entre los discapacitados y aquellas barreras formadas debido a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad.

La situación actual en el Ecuador es el resultado de los aciertos y desaciertos, de las acciones y omisiones, en el desarrollo de la gestión pública, y la sociedad en general, y aunque la investigación en este campo ha llegado a ser muy limitada, y los sectores involucrados se han desarrollado de manera poco coordinada, sigue planteando una importante serie de compromisos, metas y desafíos para nuestra sociedad.

El tiempo ha demostrado cómo el tema discapacidad no sólo depende de las acciones independientes de un sector en particular, sino de la acción integral del Estado, de la acción política del gobierno y la construcción de políticas públicas.

Las nuevas tendencias se redirigen hacia el desarrollo de una sociedad con conciencia social, dispuesta a participar y en muchos casos, presta a informarse y aprender, exigiendo deberes y no solo derechos.

Sin embargo, pese a las actividades desarrolladas muchos discapacitados siguen encontrando barreras actitudinales y físicas que les impide participar en igualdad de condiciones con las demás personas en la vida familiar, social y comunitaria, de ahí que se desprenda la importancia no solo de la construcción de políticas públicas, sino también, del seguimiento del cumplimiento de las mismas.

3.2.1. Antecedentes Históricos

La atención inicial a la Discapacidad según el Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS inicia a partir de los años 50 a través de asociaciones de padres de familia, personas con discapacidad, e instituciones privadas.

En 1973 se crea el Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional, CONAREP, que se encarga por primera vez de la formación ocupacional e inserción laboral de personas con discapacidad.

En 1977, se expide la Ley General de Educación en la que se señala que "la educación especial es una responsabilidad del Estado". En 1979, se crea la Unidad de Educación Especial.

En 1980, se crea la División Nacional de Rehabilitación en el Ministerio de Salud, encargándose de la organización e implementación de la rehabilitación funcional. En 1981 a 1984, se amplía la cobertura asistencial con la organización de servicios de Medicina Física y Rehabilitación en casi todas las Provincias, que se suman a las ya existentes unidades de rehabilitación de la seguridad social. En 1982, se expide la Ley de Protección del Minusválido, que crea la Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido - DINARIM, remplazando al CONAREP y asignando al Ministerio de Bienestar Social la rectoría y coordinación con las demás instituciones en todo lo relacionado con esa actividad. En 1989, nace la Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de las Discapacidades en el Ecuador – CIASDE. En 1991, se diseña y publica el Primer Plan Nacional de Discapacidades. En 1992, se expide de la Ley 180 sobre Discapacidades y se crea el Consejo Nacional de Discapacidades - CONADIS. En 1998, la Constitución Política del Ecuador, promulga entre otras cosas que: "El Estado establecerá medidas que garanticen a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inserción laboral y recreación; y medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte, que dificulten su movilización. Los municipios tendrán la obligación de adoptar estas medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones. (p. 2)

Recientemente para el año 2008 se declara en emergencia al sistema de prevención de las discapacidades y mediante la Vicepresidencia de la República, se crea el proyecto “Ecuador sin Barreras” que tiene como objetivo.

Sensibilizar a la sociedad ecuatoriana respecto de la realidad de la población más vulnerable del país, que ha permanecido invisible por la inoperancia de los distintos gobiernos de turno. Para romper con una historia de desigualdad, y comenzar a escribir las nuevas páginas de la vida del Ecuador, la Vicepresidencia de la República impulsa múltiples proyectos en todo el país. Estos proyectos buscan superar los obstáculos de la insensibilidad y conseguir una mayor conciencia social. El gobierno de la revolución ciudadana cree firmemente que la única incapacidad es la del corazón, aquella ceguera que han ostentado los gobiernos del pasado, por la cual las personas con discapacidad habían permanecido marginadas de las políticas públicas, y sin poder desarrollar esas destrezas con que la naturaleza compensa ciertas carencias humanas, que permiten a esta población marginada participar de una sociedad que los incluya. (p.1).

Dentro del proyecto “Ecuador sin Barreras” nacen programas como: “Manuela Espejo”¹⁶, y “Joaquín Gallegos Lara”,¹⁷ que han permitido avanzar con nuestro conocimiento en materia de discapacidad e impulsar a la sociedad a interesarse por la misma, por lo que hoy como profesionales en salud es más necesario que nunca examinar nuestras inclinaciones en cuanto a la atención que se da a la discapacidad.

¹⁶ La Misión Manuela Espejo es el primer estudio bio psicosocial, clínico y genético de la discapacidad, con el fin de hacer un diagnóstico integral de todos los casos a nivel nacional y delinear políticas de Estado, en atención, inclusión y prevención de las discapacidades. Esta investigación surge ante la falta de estadísticas serias que le permitan a la administración pública tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad.

¹⁷ Durante el trabajo de la Misión Manuela Espejo se identificaron los casos más críticos, es decir, aquellos en que las personas con discapacidad intelectual, física severa o con multi-discapacidades, viven en un entorno de extrema pobreza, siendo, en muchas ocasiones, abandonados por sus familiares en largas jornadas, debido a su urgencia de ganarse la vida en las calles o en el campo.

Es así que surge la Misión Joaquín Gallegos Lara, quien visita los casos con discapacidad severa o multidiscapacidad identificados por “Manuela Espejo”, para registrar a un familiar cuidador o persona que se haga responsable de sus cuidados. consiste en la entrega de una ayuda económica de 240 dólares a un familiar cuidador o persona que se haga responsable del cuidado de una persona que padece de discapacidad física o intelectual severas, dicha ayuda es pagado a través del Banco Nacional de Fomento.

También se entrega medicinas, capacitación en áreas como salud, higiene, rehabilitación, nutrición, derechos y autoestima y se compromete además a cumplir con un seguimiento permanente por parte del Seguro Social Campesino y el Ministerio de Salud, en coordinación con la Vicepresidencia de la República

3.2.2. Estadísticas

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2004 en Ecuador habría 1 608.334 discapacitados, lo que viene a representar el 12,14% de la población total. Actualmente se encuentra según el mismo censo en 2012, 325.138 discapacitados lo que representa el 2,27% de la población total.

Cuadro 2. Población Total, Estimación del Número de Discapacitados. ECUADOR. 2004-2011

		POBLACION CON DISCAPACIDAD	
AÑO	POBLACION TOTAL	NUMERO	PORCENTAJE SOBRE POBLACION TOTAL
2004	13.243.984	1.608.334	12,14%
2012	14.306.876	325.138	2,27%

Fuente: Censo del INEC- encuesta SIEH. Nov. 2004.

Censo del INEC- Nov. 2011.

Elaborado por: Stephanie Sosa

El dramático cambio de cifras se debe principalmente a las diferencias metodológicas entre ambas encuestas. La formación de estas encuestas obviamente condicionaría los resultados de las mismas, de esta forma las cifras globales varían de manera impactante, además de las diferentes visiones de lo que es la discapacidad que tiene el encuestador, aún después de la enseñanza de parámetros homogéneos de lo que esta significaría por parte de las organizaciones responsables.

CUADRO 3. PORCENTAJE DE PERSONAS DISCAPACITADAS CARNETIZADAS POR GÉNERO. ECUADOR. 2011-2012

SEXO	CIFRAS		PORCENTAJES
	NUMEROS	TOTAL	
MASCULINO	183.481	325.138	56,43%
FEMENINO	141.657		43,56%

Fuente: Consejo Nacional de Discapacidades. CONADIS.2011- 2012

Elaborado por: Stepanie Sosa

Según la información proporcionada por el CONADIS, el cuadro número 3 apunta a una mayor incidencia de hombres con discapacidad con un porcentaje del 56,43% sobre las mujeres quienes tienen un porcentaje del 43,56%. (Sin olvidar tener en consideración que estas cifras no incluyen personas no Carnetizadas).

De este cuadro pueden darse algunas hipótesis por las que las cifras inclinen la balanza hacia los hombres entre ellas pueden estar, los accidentes laborales, y de tráfico así como la influencia de los estilos de vida y en cuanto a las mujeres una posible subdetección temprana de discapacidades, que sugiere la existencia de expectativas sociales diferentes por sexo.

Cuadro 4. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SITUACIÓN LABORAL. ECUADOR. 2011-2012

	CANTIDAD	PORCENTAJES	TOTAL	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE DESEMPLEO
CUENTA PROPIA	31606	46,58	67855	20,87	79,13
SECTOR PRIVADO	16382	24,14			
SECTOR PUBLICO	8365	12,33			
QQ.DD	11052	16,29			
OTROS	450	0,66			

Fuente: Consejo Nacional de Discapacidades. CONADIS.2011- 2012

Elaborado por: Stepanie Sosa

Según los datos tomados de CONADIS en el 2012 existen un 79,13% de discapacitados en situación de desempleo, se mostrará un importante déficit de integración laboral a pesar de que en los últimos años se ha trabajado por medio de leyes para que esta cifra disminuya.

El actual informe tan solo es una muestra de cómo aún se debe continuar progresando en el tema de discapacidad, pues como se mencionó anteriormente, aunque las cifras nos dan una visión clara de los temas en que debemos seguir mejorando, dejan de lado el conocimiento de las realidades detrás de la cifra, es por eso que este trabajo se limitará a dar a conocer las estadísticas anteriores, y se centrará en conocer mejor las realidades del tema discapacidad.

3.3. La Atención a la Discapacidad

La concepción de la persona con discapacidad desde la antigüedad ha estado siempre encasillada en lo inútil e innecesario, por lo que, la atención a las personas en épocas tempranas fue de alguna manera inexistente, debido al infanticidio y las políticas eugenésicas.

Es notable sin embargo, que hacia el siglo II d. C., según Scheerenberger, Adriano condenara al exilio a un padre que había matado a su hijo y procurara que los padres cuidasen de sus hijos en lugar de exponerlos a sufrimientos, abriendo de esta manera paso a un dar atención de la familia como actores principales aunque los mismos fueran los originadores de ocultar, apartar y esconder a sus propios hijos. (Scheerenberger, 1984, p.51).

Con los años la práctica del infanticidio disminuyó hasta ser abolida, por lo que muchos recurrieron al abandono, naciendo con la Iglesia una doble influencia del cristianismo hacia direcciones contrapuestas y una nueva forma de dar atención en discapacidad según Scheerenberger (1984) la:

Dulzura—amor, frente a posesión demoníaca. Por un lado, la dulzura—amor que propicia el tratamiento humanitario. Pero por otro lado, también se aplican prácticas crueles, siendo la posesión demoníaca la más brutal de todas ellas: la misma Iglesia que potencia los hospitales y asilos, traerá las hogueras de la Inquisición. (p.33)

De esta forma el dar atención se ve marcada por la dependencia y sometimiento y a su vez la caridad y la asistencia siendo estas últimas el sistema de financiación de su subsistencia.

Tiempo después según Jesús Rubio (2005) numerosos decretos aparecen prohibiendo la mendicidad tales como el:

Circular del Gobernador de Guipúzcoa de 18 de enero de 1842 a los alcaldes guipuzcoanos: “el crecido número de mendigos que, en ésta Provincia, buscan la conmiseración y piedad públicas, molestando en las calles, plazas y caminos a todo el que pasa, con ayes lastimosos y continuados, y, enseñando, para excitar mejor la compasión, sus miembros contrahechos, ulcerados y disformes con mengua de la pública decencia. (p.50)

Como vemos, el dar atención en este periodo pasa de la piedad pública a acudir de forma forzosa a centros de beneficencia que con el tiempo se harán más y más populares, hasta transformarse en manicomios y hospitales que para muchos se tornarán en centros de encierro permanente.

Se percibe por tanto como el dar atención se ve dirigida ahora hacia servicios residenciales donde según Scheerenberger la idea dominante, consistía en lograr ascendencia sobre el individuo. Los que trataban eran los amos y los tratados debían mostrarse obedientes y sumisos por todos los medios. (Scheerenberger, 1984, p. 35)

Con la construcción de estos primeros manicomios empezaron tratos y condiciones infrahumanas, además de la búsqueda de poder pues no se buscaba “ayudar” a la persona, antes bien, el objeto siempre fue “proteger” a la sociedad de los mismos.

Por otro lado, después de la Segunda Guerra Mundial discapacidad pasa de ser considerada una amenaza, a ser considerada una enfermedad, sujeta a ayuda y educación, por lo que aparece en escena la institucionalización buscando la mejor adaptación de la persona, la cura, o su normalización como nuevo modelo de dar atención.(Scheerenberger, 1984, p. 160)

Sin embargo, en palabras de Stiker, lo único que se busca con este nuevo modelo de atención es evaluar a las llamadas personas con discapacidad, consideradas inválidas, tomando como referencia a otras, válidas, persiguiendo a través de la rehabilitación la imitación de las capaces, la igualación con ellas. (Stiker, 1999, pág., 22).

De esta manera nace un nuevo modelo, DAR ATENCIÓN, en el que según Agustina Palacios “parece que las personas con discapacidad se encontraran obligadas a ser como los demás,” y a pesar de ser un adelanto respecto a la falta de atención o la atención con miras caritativas a la discapacidad, este nuevo modelo es censurado en cuanto a la filosofía que lo justifica, ya que una indebida atención puede caer en paternalismos absorbentes que impidan el desarrollo libre e individual de cada individuo. (Palacios, 2008, p. 25)

Por otra parte, dar atención a la discapacidad actualmente ha dado un nuevo giro al reconocer que las limitaciones individuales no tienen importancia a la hora de enfrentar las limitaciones sociales, pues de un modo u otro la discapacidad existe, por la construcción social de “otro”, y es así como hoy por hoy se busca una atención a la discapacidad con derechos y deberes sin excluir a ninguna de las dos del tema.

Y puesto que la pregunta ¿qué se debe hacer con respecto a la discapacidad?, ha sido respondida a lo largo de la historia de muchas maneras, el ¿por qué debemos hacer algo con respecto a la discapacidad?, Aún tiene mucho que respondernos, por lo que a continuación se verá como la ética juega un papel fundamental en el propio ejercicio de dar atención a la discapacidad.

3.3.1. Porqué la Ética en Discapacidad

En palabras de Savater porque “la ética es el arte de vivir, el saber vivir” por lo tanto, el arte de discernir lo que conviene al individuo, sin que nadie decida sobre esto más que el propio sujeto, pues muchas veces es fácil caer en la tentación de pensar que la única visión correcta es la propia, por lo que se trata, obliga, o impone el enfoque a otros sin importar que es lo que la persona quiera o crea. (Savater, 2003, p.9)

Es por eso la importancia de la ética, que como menciona Carlos Soler “no debería decirnos que hay que hacer, sino cómo hay que decidir; no nos dice cuáles

son a su juicio los criterios de moralidad, sino cómo encontrarlos, qué forma reviste una decisión ética, cuáles son sus fuentes auténticas". (Savater, 2003, p. 14)

Recordando que las personas, están diseñadas para regular sus propias normas, su propia moralidad, sus propias costumbres, su propia conciencia, y es por todo eso, que todos y cada uno llegan a ser seres autónomos, libres, con la capacidad de decidir lo que quieran ser o no ser, sin que nadie los estigmatice o decida decidir por ellos.

Sin embargo, la idea de pensar en los discapacitados, como seres autónomos, responsables de sí mismos y sus decisiones, para muchos profesionales de la salud va más allá de la concepción (plagada de prejuicios) que han tenido con poco durante toda su vida, por lo que les es muy difícil tratar a los discapacitados con dignidad y respeto, sin justificar de ninguna manera su manera de actuar, sin embargo, dejando el problema de fondo sin resultado. En palabras de John Maynard Keynes lo más difícil del mundo no es que la gente acepte lo nuevo (nuevas ideas, concepciones, modelos o verdades) sino que olvide lo antiguo, aquello que fue implantado como una verdad absoluta sin margen de error. (Keynes, 1988, p.97)

De esta manera lo que se busca es un replanteamiento crítico de los servicios de atención a la discapacidad.

3.3.2. Autonomía o Interdependencia en discapacidad

Es interesante que para muchos la palabra autonomía haga referencia a una independencia absoluta sin margen de ninguna otra persona o ayuda, sin embargo, según el Diccionario de la Real Academia Española la palabra autonomía significa “condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie.” (Rae, 2011)

Como se ve el imaginario de no necesitar de nada y nadie siempre para ser autónomo, tan solo es un supuesto, ficticio, e irreal, pues todos necesitan del otro para una u otra actividad aunque como menciona el diccionario existan ciertas cosas que las podamos realizar sin otro.

De esta idea se desprende la necesidad del ser humano de actuar en interdependencia, pues la autosuficiencia absoluta “no es propia de la vida humana” sin que la misma sea restricción alguna para que alguien pueda desenvolverse como juzgue mejor. (Balaguer y Blanch, 2011, p.1).

Según, Planella, Moyano, y Pié (2012):

Las situaciones de dependencia están muy minusvaloradas por la sociedad; en este sentido nadie reflexiona que todos hemos sido bebés y que como tales vivimos en una situación de dependencia en la que la solución natural es la familia; posteriormente podemos decir que existe un paréntesis y aún más tarde, en la vejez, volvemos a vivir situaciones de dependencia. En este sentido, la gente que está en el poder se sitúa en dicho paréntesis y se olvida que ha sido dependiente y se olvida también que volverá a serlo. (p. 3.)

Por su parte la interdependencia muestra como todos necesitan de otro en algún momento o en alguna circunstancia, sin que eso haga al individuo inferior de algún modo, pues quien no tiene capacidad de indignación carece del órgano necesario para percibir las injusticias. (Cortina, 2007, p.87)

Las emociones son antenas, que permiten conectar con países desconocidos, sin ellas no se tendría noticias de tales países. La ceguera emocional produce ese analfabetismo emocional sin el que la vida ética es inviable.

Sin decir con lo anterior que se recurrirá a un humanismo rancio o a una sensiblería mal entendida, antes bien a una atención que se renueve y se repiense en torno a lo que se es como seres humanos y según las distintas necesidades frente a las formas de atención que se ofrezca.(Balaguer y Blanch, 2011, p. 14).

3.3.3. Atención con Dignidad

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término *atención* significa: acción de atender (fijarse, oír, escuchar, interesarse), y demostración de respeto del latín *respicere*, que significa mirada atenta, mirarlo por segunda vez. (RAE, 2011)

De esa manera, el trabajo de miles de profesionales en salud a la hora de atender un paciente conlleva más que solo prestarle un servicio, antes bien, implica observar atentamente la labor que se realiza, preguntándose continuamente: ¿por qué se la realiza?, ¿Cómo se la realiza? Y ¿para qué se la realiza?, sin olvidar en momento alguno a ¿quién se la realiza?, pues la respuesta a esta última, es la razón de nuestra atención, -el ser humano-, la persona que está en frente, que según Severino Boecio es "*persona est naturae rationalis individua substantia*", "es una sustancia individual de naturaleza racional", "sustancia en el sentido aristotélico significa un ser-en-sí, no inherente a otro" (Culleton, 2010, p.60)

De esta forma, jamás se debe olvidar que las personas que se atiende, en cuanto a realidades vivas, son realidades inabarcables e incomprensibles. El conocimiento de las mismas jamás termina, antes avanza en la medida que se mantiene en relación con las mismas.

En la misma línea, José Luis Jiménez menciona que el ser persona pertenece al orden ontológico, por tanto, el estatuto personal no se adquiere o disminuye gradualmente. No se es más o menos persona, ni se es “prepersona”, “pospersona”, o “subpersona”; o se es persona o no se es.” (Jiménez, 2006, p. 19).

Y ya que el individuo es un ser irrepetible y único, persona, es primordial que se proporcionen servicios como tales, sin sincronismos, ni tecnicismos que los hagan ver como autómatas, antes bien con dignidad, que según Ferrer significa estimado o considerado por sí mismo, no como derivado de otro, la dignidad humana significa, el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que prestara ni por otros fines distintos de sí mismo.(Ferrer, 1996, p. 191).

Se entiende pues que la dignidad no expresa superioridad de un hombre sobre otro, antes bien, señala una peculiaridad del ser, para reconocerlo como persona. Es considerada de gran importancia la atención con dignidad, pues si se llegara a sentir superioridad sobre quienes son atendidos, entonces el profesional se jugaría su propia dignidad ante los mismos.

3.3.4. Atención con Libertad

Ya que ahora se sabe lo que implica la atención, es necesario examinar más a fondo lo que es la libertad, que según Octavio Paz no es una filosofía y ni siquiera es una idea: es un movimiento de la conciencia que nos lleva, en ciertos momentos, a pronunciar dos monosílabos: Sí o No. En su brevedad instantánea, como a la luz del relámpago se dibuja el signo contradictorio de la naturaleza humana (Octavio Paz, 1989, p. 57).

Por su parte, en cuanto a la libertad Fromm menciona que la vida del hombre no puede ser “vívida” repitiendo los patrones de su especie; es él mismo, -cada uno-

quien debe vivir. El hombre es el único animal que puede estar fastidiado, que puede estar disgustado, que puede sentirse expulsado del paraíso. (Savater, 2003, p. 7).

Está claro entonces, que ser libre es la capacidad que posee el ser humano de decidir por sí mismo y por supuesto darse cuenta de que está decidiendo, de poder dirigirse a donde uno decida, de luchar por lo que uno anhele, de hacer suya la decisión definitiva, sin embargo, el ser libre para tomar una decisión o buscar un objetivo no significa lograrlo indefectiblemente, como menciona Savater (1991) existen dos aclaraciones respecto a la libertad que no podemos olvidar:

Primera: no somos libres de elegir lo que nos pasa, sino libres para responder a lo que nos pasa de tal o cual modo.

Segunda: Ser libres para intentar algo no tiene nada que ver con lograrlo. No es lo mismo la libertad que la omnipotencia. (p.22)

Partiendo de estas aclaraciones se puede decir que atención con libertad mucho tiene que ver con el debido consentimiento informado, pues si se impone una visión sin tener en cuenta la opinión del paciente, lo que en realidad se hace es convertirse en opresores de la libertad, pues se olvida que quien acude en busca de un servicio en salud, es la persona que busca atención y no protección.

Así que mucho cuidado con las actitudes paternalistas, o la autocomplacencia que pueden llevar al uso de las buenas intenciones, aunque ya se haya advertido antes de ellas por medio de Bernardo de Claraval cuando dijo, que el infierno está empedrado de buenas intenciones. (Hernando, 2010, p.20)

Por lo que la decisión es suya, en cuanto a procedimientos, atención y tratamientos, el papel que juega el profesional en esta etapa tiene que ver con proveer información precisa, y clara, sin exagerar ni atenuar los resultados de los mismos.

3.3.4.1. Responsabilidad Profesional

Para empezar, es importante subrayar la necesidad del profesional de estar al día en el conocimiento en su materia, pues de esa manera puede transformarse en una fuente confiable de información para sus pacientes y familia.

No basta con decir que se está actualizado, antes bien, se debe demostrar que se está capacitado para el trabajo.

La calidad de los servicios mostrará cuanta responsabilidad existe detrás de cada profesional, pero ¿cómo se mide la calidad?, uno de los conceptos más acogidos radica en la satisfacción y la opinión del paciente, es decir, pensar en lo que la persona necesita y no en lo que le podemos o no ofrecer.

Sin olvidar que la calidad no es una palabra que implique lo completo o un máximo insuperable, antes bien, es un proceso de mejoramiento continuo.

El profesional responsable mostrará en todo tiempo disponibilidad no solo al momento de evaluar una situación, sino también de zanjar dudas que persistan aún después de haber dado una explicación.

En cuanto a la buena disposición, debería estar sobre entendido que un profesional responsable de su trabajo la demostrará a plenitud y, sin embargo, aún persisten quejas contra organizaciones privadas y públicas por malos tratos en los servicios y la atención.

Por otra parte, es responsabilidad del profesional no crear dependencias al paciente por su arbitrariedad en el trato, es así como tomamos por ejemplo de estos casos lo que dice Pablo Hernando “a veces, por cuestiones de eficacia, de no perder el tiempo, o por cuestiones de una amabilidad mal entendida, abrochamos los botones a la persona con discapacidad cuando ella lo podría hacer sola, tomándose su tiempo, por supuesto, y al cabo de unos días de no hacerlo, porque se lo hacen, le hemos creado una nueva dependencia” (Hernando, 2010, p.6)

De esta manera, el profesional en salud no solo es responsable por no ser descuidado o negligente en su práctica, sino también por no crear una nueva o mayor dependencia al mismo.

Por otro lado, es de vital importancia generar democracia participativa a la hora de tomar decisiones en el tema de políticas de discapacidad y es por eso que en el siguiente capítulo se analizarán las políticas de inclusión que la PUCE ha desarrollado para ser calificada como una universidad sin barreras.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DEL DOCUMENTO POLÍTICAS DE INCLUSIÓN DE LA PUCE 2007

4.1. En cuanto a las Políticas

Según Wayne Parsons se puede decir que “las políticas se ocupan de aquellas esferas consideradas como “públicas”, la idea de las políticas presupone la existencia de una esfera o ámbito de la vida que no es privada o puramente individual sino colectiva” (Parsons, 2007, p. 37)

De esta forma una política representa el intento de definir una base racional para actuar o no actuar. Resulta en una guía para tomar decisiones con libertad y sin seguir reglas estrictas en cuanto a ningún tema, antes bien, nos brinda parámetros más flexibles para la toma de decisiones.

Por su parte Walt G. menciona que la noción de políticas no se refiere a decisiones aisladas sino a series de actividades más o menos relacionadas con una decisión que afecta al colectivo y a las consecuencias intencionales y no intencionales que tienen sobre aquellos a quienes conciernen. (Gilbert, 1994, p. 40)

Por ello se puede decir que las Políticas modifican positivamente una necesidad social, cuando han sido planteadas adecuadamente; no buscan imponer normas y se las debe construir de tal forma que no se acuda al autoritarismo.

Según el Departamento Nacional de Planeación (2007) las políticas:

Una conciencia colectiva de los objetivos que pueden lograrse, y una movilización de todos los actores sociales para lograrlos. No es un documento, es una imagen de lo que puede y debe lograrse, que todos compartimos y que por esa razón nos mueve a todos. Es lo que la gente cree, sueña construir y está dispuesta a esforzarse para lograr (p.8)

Sin embargo, según la terminología política convencional, las políticas provienen principalmente de unos pocos “líderes” (implicando que todos los demás son “seguidores”), que son agentes principales a la hora de tomar decisiones y gestionar políticas públicas cualquiera que fueren estas.

A este respecto cabría preguntarse dónde quedan las opiniones de quienes tienen ideas diferentes, de quienes tienen otras visiones, o simplemente desean contribuir al adelantamiento de determinada cuestión.

De ahí la importancia de quienes tienen la responsabilidad de estar al frente en la creación de políticas, pues sin conocer ni entender lo que el otro piensa sería imposible construir una sociedad que progresa, sin los debidos espacios de participación, no logrará avanzar hacia verdaderas políticas que satisfagan a la sociedad, si se permite que nos regalen los oídos, estaremos perdidos en la autocomplacencia.

El objetivo de la participación estará entonces en la argumentación y la contra argumentación de las posturas de los diversos actores, pues de esa manera se llegará a un consenso con el fin de lograr Políticas de excelencia que traigan resultados, y según Lahera (2004) las características de una Política Pública de Excelencia son:

- 1.- Fundamentación amplia y no sólo específica.
- 2.- Estimación de costos y de alternativas de financiamiento.
- 3.- Factores para una evaluación de costo-beneficio social.
 - 4.- Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas (¿qué es prioritario?).
 - 5.- Consistencia interna y agregada (¿a qué se agrega?, o ¿qué inicia?).
 - 6.- De apoyos y críticas probables (políticas, corporativas, académicas).
- 7.- Oportunidad política.
 - 8.- Lugar en la secuencia de medidas pertinentes (¿qué es primero?, ¿qué condiciona qué?).
- 9.- Claridad de objetivos.
 - 10.- Funcionalidad de los instrumentos.
- 11.- Indicadores (costo unitario, economía, eficacia, eficiencia). (p.9)

4.1.1. Gestión de Políticas

La palabra gestionar que proviene del vocablo “*gestiō, -ōnis*” significa según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera, por lo que la gestión de Políticas implica la incorporación de las mismas a la acción, al cumplimiento de los objetivos, pues sin que estas sean puestas en práctica y sean llevadas a su ejercicio, de nada serviría su creación. (RAE, 2012)

Para esto, será necesario un plan de desarrollo de las Políticas propuestas, pues de esta forma el gestor sabrá que opciones tiene para desarrollar las mismas, y que etapas deberán ser recorridas antes de alcanzar los objetivos.

Es de vital importancia también no olvidar que quien gestione estas Políticas tiene la responsabilidad de establecer quienes serán las personas que colaboren y garanticen el cumplimiento de los objetivos buscados, teniendo en cuenta que deben tener suficiente conocimiento del tema y ser capaces de aportar para el debido desarrollo del mismo,

No hay que olvidar, sin embargo, que posiblemente no podrán abarcarse todos los objetivos y planes propuestos de forma inmediata, pero puede lograrse con el aporte continuado de quienes estén actualmente a cargo y quienes lo estén en el futuro.

4.2. Antecedentes

Como principal antecedente, en el año 2006 según la ley reformativa al código del trabajo, la Constitución Política de la República dispone que, es obligación del Estado y la de la sociedad, garantizar la inserción laboral de las personas con discapacidad, por lo que expide la ley reformativa al Código del Trabajo donde en numerales como el 33 se exige que:

El empleador público o privado, que cuente con un número mínimo de veinticinco trabajadores, está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose los principios de equidad de género y diversidad de discapacidad, en el primer año de vigencia de esta Ley, contado desde la fecha de su publicación en el Registro Oficial. En el segundo año, la contratación será del 1% del total de los trabajadores, en el tercer año el 2%, en el cuarto año el 3% hasta llegar al quinto año en donde la contratación será del 4% del total de los trabajadores, siendo ese el porcentaje fijo que se aplicará en los sucesivos años.(p.2)

Esta obligación se hace extensiva a las empresas legalmente autorizadas para la tercerización de servicios o intermediación laboral.

El empleador que incumpla con lo dispuesto en este numeral, será sancionado con una multa mensual equivalente a diez remuneraciones básicas mínimas unificadas del trabajador en general; y, en el caso de las empresas y entidades del Estado, la respectiva autoridad nominadora, será sancionada administrativa y pecuniariamente con un sueldo básico; multa y sanción que serán impuestas por el Director General del Trabajo, hasta que cumpla la obligación, la misma que ingresará en un cincuenta por ciento a las cuentas del Ministerio de Trabajo y Empleo y será destinado a fortalecer los sistemas de supervisión y control de dicho portafolio a través de su Unidad de Discapacidades; y, el otro cincuenta por ciento al Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) para dar cumplimiento a los fines

específicos previstos en la Ley de Discapacidades. (Código de Trabajo, 2011, Registro Oficial Nro. 198)

Como se ve, es la situación política (nueva reforma de ley) y social (creación del CONADIS en el 92) la que estimula e impulsa la creación y aprobación del documento de POLÍTICAS DE INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA PUCE, el 21 de Noviembre del 2007.

4.3. Políticas de Inclusión de la PUCE

El objeto del presente subtema es una aportación al análisis y el debate crítico de este documento PUCE, por lo que se a continuación se cita las políticas del mismo.

4.3.1. La PUCE

La primera política de la PUCE 2007 menciona que:

Reconocerá la calidad de personas con discapacidad a los estudiantes, docentes y administrativos que cuenten con la credencial o carné de discapacitados conferido por el CONADIS o también a quienes, dada su condición de personas con discapacidad, soliciten directamente a la PUCE SE LES CONFIERAN los beneficios que corresponden a tal condición, calificada por la Comisión permanente establecida en el punto siete de este documento y previo el informe técnico correspondiente. (p.1)

Según la primera Política de Inclusión de personas con Discapacidad en la PUCE, la universidad solo reconoce a los discapacitados, si estos tienen una credencial (excluyendo automáticamente a quienes no la poseen) o a quienes, soliciten directamente a la PUCE les otorgue los beneficios que “corresponden a tal condición”, regresando de esta forma a una visión anticuada, parcial, e incompleta

de ver la discapacidad, pues según lo redactado en la Política, aún se trata de definirla por condiciones en su mayoría médicas y se olvida que no son objetos y beneficiarios de programas, antes bien participantes y actores de nuestra sociedad.

Por otra parte la PUCE, cumple con la Ley orgánica de discapacidades Ecuador 2012, capítulo segundo, De los derechos de las personas con discapacidad, sección tercera, De la Educación, artículo 27 donde se menciona:

El Estado procurará que las personas con discapacidad puedan acceder, permanecer y culminar, dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior, sus estudios, para obtener educación, formación y/o capacitación, asistiendo a clases en un establecimiento educativo especializado o en un establecimiento de educación escolarizada, según el caso. (p.11).

Es de notar por tanto, que se ha generado un proceso de posicionamiento progresivo del tema discapacidad, logrando establecer el interés de las autoridades de la PUCE y un avance al crear sus propias políticas.

4.3.2. Estudiantes

La segunda política de la PUCE, contiene cinco agregados que describen de manera puntual la postura de la universidad con respecto al ingreso, las becas, estudios, infraestructura, y la dirección general de estudiantes.

4.3.2.1. Ingreso a la PUCE

Según el Documento de Políticas de Inclusión para personas con Discapacidad de la PUCE, 2007:

La Universidad garantiza las facilidades necesarias para que personas con discapacidad puedan acceder a sus procesos de admisión estudiantil, para lo cual se realizarán las adecuaciones necesarias tanto en las pruebas de ingreso como en las normas de aplicación correspondientes. En cada proceso de nuevo ingreso de estudiantes, la Dirección de Admisiones de la Dirección General de Estudiantes llevará un registro estadístico de las personas con discapacidad que se presenten a rendir examen de admisión, que detalle no solo el tipo de discapacidad sino también, en su caso/si es el caso, el hecho de que hayan sido admitidas.(p.2)

Según el Departamento de Admisiones de la PUCE, y la Lic. Cristina Goyes¹⁸ las facilidades que la Universidad ofrece tienen que ver con una atención personalizada a la hora de la prueba de admisión, por ejemplo, en el caso de estudiantes no videntes, se le provee un lector, y 90 minutos para resolver la prueba de los 70 que se les da al resto de aspirantes, la prueba de admisión es tomada días antes o después en otro horario, sin embargo, es importante subrayar que la prueba es la misma para todo aspirante, sea discapacitado o no, y debe alcanzar el puntaje requerido en todos los casos, cosa que demuestra que la universidad no solo está velando por la igualdad sino también por la exigencia de responsabilidades, lo que en nuestra sociedad es de encomio.

En cuanto al registro estadístico de los estudiantes, la Lic. Rocío Granja¹⁹ informa que se admiten estudiantes discapacitados desde el año 2004, teniendo un histórico de 42 estudiantes en el actual semestre 2011\2012.

¹⁸ Encargada del Departamento de Admisiones.

¹⁹ Encargada del Departamento de Becas.

4.3.2.2. Becas

Según el Documento de Políticas de Inclusión para Personas con Discapacidad de la PUCE 2007, en cuanto a las becas menciona:

Las personas con discapacidad que hayan sido admitidas a la PUCE se beneficiarán desde el primer semestre de estudios con las becas especiales para personas con discapacidad previstas por la Dirección General de Estudiantes, con los montos máximos que correspondan al grado de discapacidad y a las condiciones de rendimiento académico establecidas por esta Dirección. Tales becas se otorgarán tanto si el estudiante tiene discapacidad al momento de iniciar sus estudios como si la adquiere mientras es estudiante de esta Universidad. (p.2)

Según el Departamento de Becas de la PUCE y la Lic. Rocío Granja encargada del mismo, todo estudiante sea discapacitado o no debe realizar el proceso de pensión diferenciada, antes de solicitar una beca.

El estudiante discapacitado recibirá el 50% como monto máximo de beca por el grado de su discapacidad²⁰, y en cuanto a las condiciones de rendimiento académico, la encargada del departamento menciona que no existen exigencias para el mismo, a pesar que la política menciona que existen ciertas condiciones. A este respecto se debe tener cuidado de no proporcionar una beca con la visión equivocada en donde los discapacitados son “víctimas” de la vida que necesitan “caridad”, antes bien, mirando hacia un enfoque en el que se les reconoce como agentes sociales dispuestos a contribuir al desarrollo de la sociedad, y se les exige las mismas condiciones de rendimiento para preservar su beca. A este respecto la Ley orgánica de discapacidades Ecuador 2012, capítulo segundo, De los derechos de las personas con discapacidad, sección tercera, De la Educación, artículo 38 menciona que:

²⁰ Anexo

La Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación hará cumplir a las instituciones de educación superior públicas y privadas la concesión de becas de tercer y cuarto nivel, en sus modalidades presencial, semipresencial y a distancia, para personas con Discapacidad, aplicando criterios de equidad de género. (p.12)

En consonancia con este artículo, la PUCE ha proporcionado facilidades de alcanzar estas becas a los estudiantes que así lo deseen, siempre y cuando se mantengan las condiciones de rendimiento académico.

4.3.2.3. Estudios

A través de sus unidades académicas, la PUCE realizará, en los procesos curriculares y sistemas de evaluación, las adecuaciones que sean imprescindibles para garantizar la igualdad efectiva de oportunidades a los estudiantes con discapacidad; en consecuencia, capacitará al personal docente y administrativo, necesario o requerido, en el uso y desarrollo de herramientas, estrategias didácticas, adecuaciones curriculares y procedimientos de evaluación para los estudiantes, de acuerdo con su tipo de discapacidad.

Se creará un centro de apoyo para estudiantes con discapacidad y se incorporarán, en las unidades académicas o en la Biblioteca General, los implementos técnicos y académicos necesarios como: libros en sistema braille, videotecas (incluyendo textos y clases en lengua de señas); acervos, equipos dactilográficos e impresoras en braille; textos grabados, software, sintetizadores de voz y amplificadores de pantallas, escáneres de lectura y otros equipos que favorezcan el acceso a la información y el estudio a los estudiantes con discapacidad. (PUCE, Políticas de Inclusión, p.2)

En cuanto a las adecuaciones a nivel curricular que garanticen “la igualdad efectiva de oportunidades a los estudiantes con discapacidad” se encuentran aún como un proyecto a futuro que según el encargado del Departamento de Gestión de

Riesgos y Salud Ocupacional de la PUCE, Lic. Denis Chávez²¹, se realizarán en los próximos años, junto a la capacitación del personal docente y el centro de apoyo.

Por otra parte, en cuanto a los implementos técnicos mencionados en el documento de Políticas PUCE, según el Ing. Estrella²² encargado de la Biblioteca General se puede resaltar que no existen sistemas braille, videotecas, impresoras en braille, o equipos dactilográficos a pesar de que en las Políticas de la PUCE se afirma que existen, según el encargado la mayor facilidad que se encuentra en la Biblioteca General es un scanner manual, y el programa JAUS (libros hablados), que ayuda a los estudiantes a poder acceder a cualquier libro pero solo en el idioma inglés, así que podríamos decir que aún limita a muchos estudiantes que no dominan este idioma, aunque el encargado menciona que se están realizando las gestiones necesarias para conseguir próximamente uno en español.

En cuanto a las clases en lengua de señas que se mencionan como un implemento académico en el mismo inciso del documento, la Lic. Gabriela Tabella²³, profesora de la Facultad de Lingüística menciona que aún se mira este como un proyecto a futuro, por lo que podemos ver como aún encontramos dentro de la Universidad muchos obstáculos para quienes deseen completar sus estudios, o en muchos casos tan solo iniciarlos.

²¹Encargado del Departamento de Gestión de Riesgos y Salud Ocupacional

²²Encargado de la Biblioteca General de la PUCE

²³Profesora de la Facultad de Lingüística.

4.3.2.4. Infraestructura

La PUCE, a través de la Dirección de Planta Física de la Dirección General Administrativa, garantizará la accesibilidad a los espacios físicos; por lo tanto, realizará las adecuaciones que sean precisas, tales como: información clara y adecuada al tipo de discapacidad, rampas de acceso, estacionamientos especiales, servicios higiénicos especiales, adecuaciones en el aula, señalizaciones, sistemas de evacuación, croquis de ubicación y otros arreglos pertinentes a cada tipo de discapacidad. (PUCE, Políticas de Inclusión, 2007, p.2)

Con respecto a la infraestructura, el Arq. Fernando Calle, miembro de la Dirección de Planta Física de la PUCE, menciona que: “existen muchas cosas que se necesitan trabajar aún” sin embargo no se ha dejado de avanzar con el objetivo de lograr una verdadera Universidad sin Barreras. A pesar de ello, existen edificios tales como los de: Química, Teología, Antigua Facultad de Ingeniería, Microbiología y Bioanálisis, Ciencias Médicas, Pastoral y, FEUCE en los que aún existen muchas barreras para la movilidad, incluyendo la falta de ascensores.

Por otro lado, aunque el documento de Políticas de Inclusión ofrece información clara para el libre acceso en la Universidad, no se encuentra ninguna señalización que pueda ser de beneficio para los nuevos estudiantes discapacitados, por lo que el Arq. Calle recomienda realizar un plano en Alto Relieve de la Universidad que pueda servir de guía para los estudiantes nuevos, así como también guías en el piso para los mismos, es interesante resaltar que en la entrevista comento como hace 20 años existía algún indicio de progreso en este caso, (no sabemos de parte de quien fue la iniciativa), pero se colocó botones en alto relieve con sonido, en el ascensor del Edificio de Ciencias, sin embargo, tal iniciativa no duró mucho pues meses después se retiró el sonido y el alto relieve aludiendo a que el sonido causaba molestias.

En cuanto a las rampas de acceso, aunque la Universidad se ha provisto de las mismas en algunos casos no están diseñadas con el ideal de grados de inclinación, y aún son necesarias en muchos lugares.

No existen sistemas de evacuación, ni adecuaciones en las aulas, sin embargo quienes están a cargo comentan que se encuentran como un proyecto a futuro.

A este respecto Ley orgánica de discapacidades Ecuador 2012, De los derechos de las personas con discapacidad, sección séptima, De la Accesibilidad, artículo 58 menciona que:

Se garantizará a las personas con discapacidad la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, eliminando barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbano o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad. (p.14).

Por lo que es necesario que la PUCE continúe trabajando en el ámbito de la infraestructura, para de esta manera cumplir a cabalidad con el artículo mencionado.

En cuanto a los parqueaderos, en cumplimiento al artículo 58 de la Ley orgánica de discapacidades que menciona que:

Los estacionamientos de uso público y privado tendrán espacios exclusivos para vehículos que transporten o sean conducidos por personas con discapacidad físico-motora, ubicados inmediatamente a las entradas de las edificaciones o ascensores. (p.15).

La PUCE posee de 10 a 12 parqueaderos para discapacitados, sin embargo, deberían existir de 24 a 28, en cuanto a este punto, la Universidad comenta que debido a que no existen muchos estudiantes discapacitados, no hacen falta más parqueaderos, por lo que se puede decir que a este respecto la visión se encuentra aún un tanto distorsionada tomando en cuenta que el enfoque siempre debería encaminarse hacia el futuro y no solo al hoy por hoy.

4.3.2.5. La Dirección General de Estudiantes

Según el Documento de Políticas de Inclusión para Personas con Discapacidad de la PUCE 2007:

Con la colaboración de la FEUCE y de las asociaciones de estudiantes, mantendrá una bolsa de empleo permanente para promocionar a estudiantes con discapacidad. (p.2)

Según el Lic. Chávez encargado del mismo la bolsa de empleo para estudiantes con discapacidad aún es un proyecto que no se ha realizado, aunque existe una bolsa de empleo para los demás estudiantes, sin que se pueda explicar por qué no existe para todos.

4.3.3. Docentes

La tercera Política de Inclusión la PUCE 2007 menciona que:

La PUCE mantendrá un programa de inclusión, accesibilidad y capacitación continua para docentes con discapacidad y brindará las facilidades que ellos requieran para acceder a sus lugares de trabajo u otras dependencias, así como estacionamientos especiales, servicios higiénicos, información clara, señalización y demás servicios pertinentes. (p.2).

A este respecto la Ley orgánica de discapacidades Ecuador 2012, sección quinta, Del trabajo y Capacitación, artículo 54 menciona como:

Las instituciones ejecutarán programas gratuitos de manera progresiva y permanente de capacitación dirigidos a las y los servidores públicos a fin

de prepararlos y orientarlos en la correcta atención y trato a sus compañeros, colaboradores y usuarios con discapacidad. (p.14).

Según el Lic. Denis Chávez en cuanto a las facilidades para acceder al trabajo u otras dependencias informa que este año todos los edificios de la Universidad tendrán ascensores que permitan el libre acceso a todas las personas y se continuará trabajando en todo lo que se requiera, sin embargo, aún están como futuros proyectos por realizar lo que tiene que ver con programas de inclusión o capacitación para docentes, por lo que se espera se pueda cumplir con el artículo número 54 a cabalidad en el futuro.

4.3.4. Personal Administrativo y de Servicios

La cuarta Política de Inclusión de la PUCE 2007 menciona:

La Universidad, de conformidad con lo establecido en el Código del Trabajo y la Ley de Discapacidades, tendrá en su nómina empleados con discapacidad en las áreas y condiciones que establezca la Dirección General Administrativa. Por otro lado, mantendrá un programa de inclusión, accesibilidad y capacitación continua para dicho personal, y brindará las facilidades que requieran tales empleados para acceder a sus lugares de trabajo u otras dependencias, así como estacionamientos especiales, servicios higiénicos y otros servicios adecuados. (p.3)

A este respecto la Universidad cumple con la Ley orgánica de discapacidades Ecuador 2012, sección quinta, Del Trabajo y Capacitación, artículo 47 que menciona que:

La o el empleador público o privado que cuente con un número mínimo de veinticinco (25) trabajadores está obligado a contratar, un mínimo de cuatro por ciento (4%) de personas con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condiciones físicas y aptitudes individuales, procurando

los principios de equidad de género y diversidad de discapacidades. (p.14).

La PUCE cumple con este artículo, manteniendo una nómina de empleados, que según el Master Agustín Dousveba²⁴ es de 25 personas Carnetizadas y más de 4 sin carne del CONADIS, sin embargo, no se ha realizado ninguna capacitación a los mismos, por lo que creemos es necesario dar mayor énfasis a la gestión de proyectos, para transformarlos en realidades dentro de la Universidad y que no se queden en políticas impregnadas en papel.

4.3.5. Presupuesto

La quinta Política de Inclusión de la PUCE 2007 menciona:

La PUCE incorporará en su presupuesto anual una partida especial para financiar los requerimientos de esta política de inclusión de personas con discapacidad en cuanto a infraestructura, becas y adecuaciones curriculares. (p.3)

Según la Ing. Mónica Cordero²⁵ encargada del área de presupuestos de la PUCE, no existe actualmente ninguna partida especial requerida para financiar las Políticas de Inclusión.

²⁴ Encargado de la Dirección General de Estudiantes

²⁵ Encargada del Área de Presupuestos

4.3.6. Registro

La sexta Política de Inclusión de la PUCE 2007 menciona:

La PUCE, a través de la Dirección General de Estudiantes y de la Dirección General Administrativa, mantendrá un registro de estudiantes, personal docente y administrativo con discapacidad que servirá de base para la aplicación de esta política. (p.3)

4.3.7 Comisión Permanente, Aplicación y Supervisión

Se conforma una Comisión Permanente encargada de la aplicación y supervisión de la Política de Inclusión de Personas con Discapacidad en la PUCE, integrada por el Director General Académico, el Director General de Estudiantes, el Director General Administrativo, el Presidente de la FEUCE y un representante del señor Rector con discapacidad, que no solo se encargará de aplicar y supervisar el cumplimiento de esta política, sino que también planificará su mejora continua. Además, presentará un informe anual al Rector y al Consejo Académico en que conste la aplicación y cumplimiento de esta política.

Según Gabriela Gallardo, actual Presidenta de la FEUCE, se ha trabajado el tema de las Políticas mediante encuestas a la comunidad universitaria, y se están tramitando algunas propuestas y proyectos aunque aún no pueda supervisarse el cumplimiento total de las Políticas propuestas.

4.3.8. Disposiciones Generales

La octava Política de Inclusión de la PUCE 2007 menciona:

- Se acogerán también a esta política los estudiantes, docentes y empleados que atraviesen por una discapacidad temporal, mientras dure su situación especial.
- La PUCE garantizará el apoyo solidario a las personas con discapacidad definitiva o temporal mediante la acción de las Direcciones Generales de Estudiantes y Administrativa, para que cuenten con la protección necesaria en lo referente a accesibilidad a la educación, a los espacios físicos y al trabajo.
- La Comisión Permanente será la encargada de planificar y asegurar la correcta ejecución de los planes de acción específicos señalados en esta política.
- Esta Política será difundida internamente a la comunidad universitaria y externamente a la colectividad. (p.3)

En cuanto a estas últimas disposiciones, es necesario no olvidar que los discapacitados son sujetos de derechos, por lo que el término “solidario” puede estar dando una imagen distorsionada de quienes trabajan y estudian bajo esta institución, pues no se necesita solidarizarse con los mismos, antes bien, hacer valer los derechos para su participación en el ejercicio de los mismos.

Por otro lado, es tiempo de dejar de lado las actitudes paternalistas que se reflejan en el lenguaje (“protección necesaria”), pues son generadas en muchos casos por la subestimación del individuo.

Según el Lic. Denis Chávez las actuales Políticas han sido difundidas por medio de la página Web de la Universidad, sin embargo, se cree necesario impulsar procesos de divulgación de más peso, que traigan consigo no solo la lectura superficial de un documento, antes bien, la reflexión del mismo.

Esperamos que tanto la Comisión Permanente como la comunidad Universitaria, puedan generar procesos que permitan cambios en el paradigma de la discapacidad y no solo queden en Políticas inexistentes.

4.4. Sugerencias

En cuanto a la formación de Políticas se cree que es de gran importancia que quienes estén a cargo del actual documento conozcan de mejor manera la situación de la comunidad universitaria, y los objetivos a alcanzar para mejorar la situación colectiva.

Es imprescindible que se logre un compromiso con la comunidad, mediante la discusión del tema discapacidad, con el objeto no solo de observar las Políticas presentes, sino también de conocer las visiones y opiniones que tienen los estudiantes y personal administrativo de las mismas, sean discapacitados o no.

Para que el tema llegue a ser parte del imaginario social, es necesario que la comunidad universitaria concientice la relevancia del mismo y se sientan actores en el alcance de los objetivos del tema.

Para iniciar esta concientización, lo ideal sería que todos en la universidad empiecen a hablar del tema, por lo que se sugiere se den Jornadas para la toma de conciencia en toda la universidad, donde se puedan analizar temáticas relacionadas con el tema discapacidad y orientadas a identificar las problemáticas que se dan y pueden llegar a darse y sus posibles soluciones, de esa forma se logrará dar un primer paso en al menos despertar el interés dentro de la comunidad Universitaria.

Por supuesto, para un plan de acción como este, se necesita de personas que tengan suficiente conocimiento del tema, y estén dispuestos a colaborar con la construcción del mismo, que pueden ser tanto personal capacitado de la Universidad, como personal invitado que tenga experiencia en el tema y pueda aportar al conocimiento del mismo.

El objetivo de las Jornadas sería recolectar ideas y propuestas, que den una visión más amplia de lo que se puede acotar en las actuales Políticas, y de la mejor forma en que se pueden gestionar las mismas.

Sería significativo también, que en el documento de Políticas de Inclusión de Personas con Discapacidad en la PUCE, se encuentren los antecedentes, la justificación y los objetivos de la creación del mismo, así como la actualización del marco legal que lo sustenta, solo de esta manera, tendrá una fundamentación más amplia.

En cuanto a los estudiantes y su formación en el tema de discapacidad, no está por demás mencionarlo y exigirlo, pues en cada carrera de nuestra prestigiosa Universidad debe existir una materia que abarque el tema de discapacidad con el objetivo de educar y concientizar a los futuros profesionales en un tema social que encontrarán a lo largo de sus vidas, permitiéndoles crear su propia visión de lo que es la discapacidad y no la que han recibido de una sociedad desactualizada, de medios de comunicación sensacionalistas, o simplemente de lo que han creído como cierto toda su vida.

Por otra parte, para el personal Administrativo y de Servicios, podrían generarse espacios de participación, en el que puedan ser sujetos de demanda de sus derechos actuales, y también de exigencia de sus responsabilidades, además de capacitación para su formación integral en el tema de discapacidad, pues eso puede permitir una mejor adaptación a la universidad, y su trabajo, por lo que se sugiere que sea tomado en cuenta como prioridad, el inciso 4 del documento Oficial de Políticas de Inclusión de la PUCE, donde se ofrece capacitación continua para el personal.

CONCLUSIONES

Aunque algunos consideran la ética de poca importancia, pocos se dan cuenta de que convivimos con ella día a día pues no se puede vivir sin tomar decisiones y aunque a lo largo de la historia han existido distintos conceptos de lo que es la ética, ahora se puede decir que va más allá de decidir lo que es bueno o malo en determinada circunstancia, antes bien, pretende concientizar, fortalecer y fomentar nuestro compromiso como ciudadanos como individuos con una responsabilidad para contribuir, siendo capaces de actuar para el bien común y hacerlo efectivamente.

Por otro lado, la discapacidad a lo largo del tiempo se ha abordado desde un sinfín de visiones, iniciando en un tiempo donde la alternativa al abordaje de la misma no existía y se asesinaba la discapacidad a sangre fría, o más adelante cuando el abordaje de la misma se relegaba a la caridad y la compasión o más recientemente donde la institucionalización el paternalismo, y la normalización del individuo lo “salvarían” y “lo curarían” (Campusano y Cuevas, 2005, p.21).

Actualmente, se vive en un período donde el tema toma mucho auge y la sociedad empieza a interesarse dando en muchos lugares grandes cambios positivos en la manera de concebir y para muchos vivir la discapacidad, sin embargo, aún existen ciertos rezagos de épocas anteriores pues en muchos lugares persiste el infanticidio con una nueva forma de verlo en el aborto eugenésico, una actitud paternalista y sobreprotectora al seguir vendiéndonos la misma imagen caritativa, piadosa, además de un constante eximir de deberes creyendo que la única responsabilidad social del discapacitado, es la de asumir las obligaciones derivadas de su “rol de enfermo”, por lo que podemos decir que hay mucho en lo que se ha avanzado pero también mucho en lo que debemos seguir avanzando

pues la discapacidad siempre requerirá de abordajes integrales que encuentren soluciones a los obstáculos que han existido y existirán a lo largo de nuestras vidas. (Palacios, 2008, p.470)

Según John Maynard Keynes lo más difícil del mundo no es que la gente acepte lo nuevo, sino que olvide lo antiguo, aquello que fue implantado como una verdad absoluta sin margen de error, como en muchos casos es la discapacidad. (Keynes, 1988, p.97).

Para muchos profesionales en salud comprometidos con el mejoramiento de los procesos sociales, debido a su crianza o enseñanzas tradicionales es aún hoy por hoy muy difícil dejar de pensar en la discapacidad con una visión paternalista, que los lleve a desear anteponer su enfoque a quienes atiende o simplemente los rodean , y es ahí justamente donde entra la ética, pues no “no nos dice cuáles son a su juicio los criterios de moralidad, sino cómo los encontramos”, qué forma reviste una decisión ética, cuáles son sus fuentes auténticas, en nuestro caso, busca un replanteamiento crítico de nuestros servicios de atención a la discapacidad, formando una sociedad con identidad propia y conciencia crítica, responsable de sus decisiones y actos. (Savater, 2003, p. 57)

Las Políticas modifican positivamente una necesidad social cuando han sido planteadas adecuadamente, en cuanto a las Políticas de Inclusión de Personas con Discapacidad en la PUCE, se tiene seguridad de que fueron formadas con el objetivo de ser un motor de progreso en la comunidad universitaria, sin embargo, en el análisis se ha encontrado que existen ciertas deficiencias en la gestión de las misma en la mayoría de sus incisos, cosa que es preocupante pues sin que estas sean puestas en práctica y sean llevadas a su ejercicio, de nada sirve su creación. En cuanto al lenguaje utilizado en el documento es necesario recordar a quienes están a cargo que, como menciona Pilar Samaniego, “el lenguaje, no sólo expresa el pensamiento sino que lo crea, no es una mera cuestión de forma, es de fondo en la

medida que expresa la interioridad y construye el imaginario social al propiciar la evolución de nuestras estructuras mentales”. (Samaniego, 2006, p. 146).

Por ello, es de vital importancia revisar la imagen que puede dar documento de la PUCE a sus trabajadores y estudiantes mediante el lenguaje utilizado en torno a la discapacidad.

RECOMENDACIONES

Implantar una materia en los currículos de estudio que trate el tema de discapacidad con el objetivo de educar y concientizar a los futuros profesionales en un tema social que encontrarán a lo largo de sus vidas.

Actualizar el documento de Políticas de Inclusión de personas con Discapacidad de la PUCE, dando los debidos espacios de participación a la comunidad universitaria pues sin los mismos no se logrará avanzar hacia verdaderas políticas que satisfagan a la sociedad.

Gestionar las Políticas de la PUCE en el tema de discapacidad orientando de antemano proyectos que impulsen la acción de las mismas, sin que se deba esperar años para el cumplimiento de estas. Teniendo en cuenta los procesos políticos que las políticas conllevan, como sus costos.

Dar seguimiento al cumplimiento de los actuales Proyectos de la Universidad en cuanto a las Políticas actuales

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Tesis y Praxis.
- Altarejos, F. (2003). *La docencia como profesión asistencial*. Barcelona: VV:AA. Ariel.
- Bible & Tract Society. (1987). *Traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras*. New York: Watchtower Bible and Tract Society, INC.
- Brogna, P. (2006). *El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación*. Argentina: El Cisne
- Camps, V. (2003). *Perspectivas éticas generales*. Madrid: Ibarra y Olivé.
- Campbell, J & Oliver, M. (1996). *The Politics of Disablement*. England: Macmillan.
- Coe, R. (1984). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2011). *Archivo-Biblioteca*. Número 000660, p.69.
- Código de Trabajo del Ecuador. (2011). *Registro Oficial*. Nro. 198.
- Conrad, P. (1982). *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*. Barcelona: Crítica.
- Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial, educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. España: Oviedo.
- Cortina, A. & Conill, J. (2000). *Ética de las Profesiones*. España: E.V.D.
- Cortina, A. (1996). *Ética mínima y educación*. Bogotá: El Búho.
- Dossey, I. (1992). *Tiempo, Espacio y Medicina*. Barcelona: Kairós.
- Egea, C. (2001). *Experiencias de Aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía*. España: Artegraf
- Ferrer, U. (1996). *La dignidad y el sentido de la vida*. Madrid: RLACP.
- Gichure, C. (1996). *La ética de la profesión docente*. Pamplona: Eunsa.

- Gómez, J. (2001). *Ritual y personas con discapacidad*. Bilbao: Ediciones mensajero.
- Gonczi, A, & Athanasou, J. (1996). *Instrumentación de la educación basada en competencias*. Australia: Limusa.
- Grífols, V. & Lucas. (2010). *Ética y Salud Pública*. Barcelona: Fundación Grífols i Lucas.
- Guisán, E. (1995). *Introducción a la Ética*. Madrid: Catedra
- Hortal, A. (2002). *Ética General de las Profesiones*. España: Desclée.
- Indaburu, C. (1966). *Informe a la Nación Ministerio de Educación Pública*. Ecuador, Registro Oficial 150.
- Keynes, J. (1988). *¿Puedo hacerlo Lloyd George?* España: Crítica.
- Kipen, E., Lofiego, G. & Wappenstein, D. (1999). *Reflexiones sobre discapacidad*. Buenos Aires: Mimeo.
- Lahera, E. (2004). *Política y Políticas Públicas*. Chile: Cepal
- Martínez, J. (1953-1954). *Informe del Ministerio de Educación Pública*. Congreso Nacional. Ecuador, número 000343.
- Miguez, M. (2003). *Construcción social de la discapacidad a través del par dialéctico integración-exclusión*. Montevideo: Udelar.
- Morris, J. (1996). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*. Madrid: Narcea.
- Ortega y Gasset J. (1997). *¿Qué es la Filosofía?* Madrid: Alianza.
- Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social*. Argentina: E.U.D.E...A.
- Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: Clacso.
- Poit, F. & Hungler, P. (1985). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Interamericana.

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (Junio 1999-Julio 2000). *Actas de Consejo de Facultad*. Facultad de Enfermería, archivos- secretaria.
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2010). *Diseño Curricular de la Carrera de Terapia Física*. Facultad de Enfermería. Archivo-Secretaria.
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2007). *Políticas de Inclusión para personas con discapacidad de la PUCE*. Ecuador.
- Samaniego, P. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica*. Madrid: Cerami.
- Savater, F. (2003). *Ética para Amador*. Barcelona: Ariel.
- Scheerenberger, R. (1984). *Historia del retraso mental*. Madrid: SIIS.
- Stiker, J. (1999). *A History of Disability*. Michigan: Press United.
- Skilar, C. (2005). *Y si el otro no estuviera ahí*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Thiebaut, C. (1998). *Conceptos fundamentales de filosofía*. Madrid: Alianza.
- Toro B. & Tallone, A. (2011). *Educación, Valores y Ciudadanía*. Madrid: Joaquín Turina.
- Walt, G. (1994). *Health Policy: An introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrond.
- Watchtower, B. (1991). *Perspicacia para comprender las Escrituras*. New York: Watchtower Bible and Tract Society, INC.
- Weber, M. (1985). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wilson, E. JR. (1952). *An introduction to Scientific Research*. New York: MC Graw-Hill.

REVISTAS

- Berrueta, L., & Bellido, J., & Arrasco L. (2004). Los principios éticos de la intervención en terapia ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 1, 1-34.
- Bolívar, A. (2005). ¿Dónde situar los esfuerzos de mejora? Política, educativa, escuela, y aula? *Revista de investigación scielo*, 26, 92-93.
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista mexicana de investigación educativa*, 24, 93-123.
- Carreto, S. (2010). Corrupción, funcionarios públicos y papel de la deontología. *Revista Temática de Filosofía del Derecho* 13, 1-5.
- Colby, A. (2003). *Educando Ciudadanos*. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10, 93-123.
- Culleton, A. (2010). Tres Aportes al Concepto de Persona: Boecio, Ricardo de San Víctor y Escoto. *Revista Española de Filosofía Medieval*, 17, 59-71.
- Despertad. (2005). El hombre que puso la tierra en movimiento. *Revista Espiritual*, 120, 1-40.
- Doll, E. (1944). Mental defectives and the War. *American Journal*, 1, 64-67.
- Gonzáles. & Gilberto, J., (2008). Reingeniería educativa y valores éticos. *International Journal of Good Conscience*. 2, 312-345.
- León, F. (2010). Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5, 13-20.
- Mazo, M. (2006). Los valores docentes en la profesión académica de la educación superior. *Revista electrónica de investigación educativa*, 8, 1-20.
- Pastor, J. (2010). Principios Bioéticos en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana Médica Gen Integral*, 4, 384.
- Pérez, F. (2001). Elementos que consolidan al concepto Profesión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3, p. 2.

•Planella, J. Moyano, S. & Pié, A. (2012). Activismo y lucha encarnada por los derechos de las personas con dependencia en España. *Revista sociológica de Pensamiento Crítico*, 6, p.3.

•Rodríguez, S. & Miguel, A. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28, 1.

INTERNET

•Albertini, F. (1738). *La Medicina clínica en el siglo XXI*. Recuperado el 10 de Noviembre 2011, de <http://www.fmvuba.org.ar/Portada/Buzzi/La%20medicina%20clíica%20en%20el%20siglo%20XVIII.pdf>.

• Balaguer, P. & Blanch, S. (2011). *Deconstruir la discapacidad para repensar la autonomía: propuestas para una pedagogía de la interdependencia*. Recuperado el 12 de Enero 2012, de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/007.pdf>

•Beauchamp, Tom & Childress, J. (1999). *Principles of Biomedical Ethics*. Recuperado el 15 de Septiembre del 2001, de http://www.luisvives.com/servlet/SirveObras/.../014591_7.pdf.

•Beuchot, M. (2010). *Cultura y Ética Universitaria*. Recuperado el 15 de Septiembre del 2011, de <http://www.buap.mx/tcu/profesor.pdf>.

• Chaves, J. (2002). *Ética- empresa y educación superior*. Recuperado el 21 de Julio del 2011, de <http://www//a:/artículo%20etica%20superior.htm>.

• Chipana, E. (2009). *Ética y teoría de sistemas*. Recuperado el 22 de Agosto del 2011, de <http://www.eddy-70671180.blogspot.es>.

•CIDMM. (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Recuperado el 28 de Noviembre del 2011, de <http://www.usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad3.pdf>

- Consejo Nacional de Discapacidades. (2011). *Antecedentes Históricos*. Recuperado el 23 de Agosto del 2012, de <http://www.conadis.gob.ec/antecedentes.htm#historia>.
- Contreras, Iván. (1999). *Apuntes de Ética*. Recuperado el 23 de Agosto del 2011, de <http://ivancontreras.tripod.com/index1.html>
- Degener, Q. (2002). *Human Rights and Disabled Persons*. Recuperado el 30 de Febrero 2012, de <http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Documentos/Tecnica/Documents/79216aa9238145598a639e0518e5d808.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2007). *Marco para las políticas Públicas y Lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio*. Recuperado el 20 de Septiembre del 2011, de <http://www.icb.gov.co/icbf/.../pdf/LineamientosPDTinfancia.pdf>
- Domingo, A. (1999). *La ética de las profesiones en la formación Universitaria*. Recuperado el 1 de Noviembre del 2011, de <http://biblioteca.itam.mx/estudios/60-89/67/AgustinDomingoMoratallaLaeticadelas.pdf>.
- Enciclopedia. (2012). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado 21 de Septiembre del 2011, de <http://www.rae.es/>.
- Ferreira, M. (2007). *Sociología de la discapacidad*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2011, de <http://www.um.es/discatif/Teoría/Ferreira-Zaragoza.pdf>.
- Gerardo, A. & Russo, D. (2008). *Ética, bioética y deontología médica*. Recuperado el 1 de Noviembre del 2011, de http://www.juscorrientes.gov.ar/informacion/.../deontologia_médica. Pdf.
- Gil, R. (1999). *Valores Humanos y Desarrollo Personal*. Recuperado el 5 de Noviembre 2011, de <http://www.terras.edu.ar/.../17GIL-MARTINEZ-Ramon-cap-2-Valores-Soci>.
- Gonzáles, G. (2010). *Ética*. Recuperado el 10 de Septiembre 2011, de <http://www.es.scribd.com/doc/38825129/Revision-Historica-de-La-Reflexion-Etica>
- Guzmán, C. (2007). *Kinesiología y Fisioterapia: Nuestra Historia*. Recuperado el 19 de Septiembre 2011, de <http://www.colkyfcb.org/institucion/historia/historia.html>

- Hernando, P. (2010). *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual grave. ¿Por qué y cómo? Los comités y códigos de ética.* Recuperado el 21 de Enero 2012, de <http://sid.usal.es/idos/F8/FDO24802/cuaderno21.pdf>
- International Disability Caucus, (2006). *Declaración del Caucus de América Latina.* Recuperado el 20 de Diciembre 2011, de <http://www.dpi.org>.
- Jiménez, L. (2006). *Los fundamentos de la dignidad de la persona humana.* Recuperado el 22 de Enero 2012, de <http://www.cbioetica.org/revista/61/611821.pdf>
- Juárez, F. y Salamanca, A. (2006). *Aceptación o Rechazo: perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación.* Recuperado el 8 de Septiembre 2011, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116208.pdf>
- Leyva, M.& Bravo, T. (2007). *Impacto de los Servicios de Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud.* Recuperado el 20 de Diciembre del 2012, de http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr04209.htm
- María, P. (2010). *El velo que oculta la realidad de los diagnósticos por discapacidad Intelectual.* Recuperado el 6 de enero del 2012, de http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_32_37_Pérez.pdf.
- Marín, A. (2002). *Orígenes y Evolución de la Fisioterapia.* Recuperado el 10 de Noviembre del 2011, de <http://www.campus.usal.es/~fisioterapia/Historia%20fisioterapia.pdf>.
- Marín, A. (2002). *Proyecto Docente Universidad de Salamanca.* Recuperado el 10 de Noviembre del 2011, de <http://www.campus.usal.es/~fisioterapia/Historia%20fisioterapia.pdf>.
- Martín, M. & Ruiz, M. (2010). *Interacción Electromagnética.* Recuperado el 12 de Noviembre del 2011, de http://www.webs.ono.com/mariadoloresmarin/PDF/F2b_33_IEM_IEM.pdf
- Mazo, M., & López, F. (2005). *Rasgos de la Ética Profesional en los Estudiantes de Postgrado.* Recuperado el 24 de Noviembre del 2011,

de<http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at06/PRE1178861633.pdf>

- Navarro, T. (2010). *Prevención de Riesgos Laborales para profesionales de los servicios de atención a la dependencia*. Recuperado el 14 de Enero del 2013, de <http://www.famma.org/rokdownloads/Publicaciones/2011-Guia-de-profesionales-de-los-servicios-de-atencion-a-la-dependencia.pdf>
- OMS, (2001). Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado el 21 de Enero del 2012, de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionesomsdiscapacidad.pdf>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 20 de Enero del 2011, de <http://www.isalud.com/htm/pdf/34-El-modelo-social-de-discapacidad.pdf>.
- Parga, C. (2006). *Fisioterapia Xeral I*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2011, de http://www.personales.ya.com/artabros/carlitos/Apuntes_fisioterapia_xera_I.pdf.
- Paz, Octavio. (1989). *Octavio Paz y la Plaza Pública*. Recuperado el 22 de Enero de 2012, de http://www.cepchile.cl/dms/archivo_3071_1426/rev63_hozven.pdf
- Pérez, I. (2007). *Propuesta para la Inserción de la Cultura Ética en la Formación del Profesional*. Recuperado el 20 de Octubre del 2011, de <http://www.hera.ugr.es/tesisugr/16631146.pdf>.
- Pérez, M. (2010). *El velo que oculta la realidad en los diagnósticos por discapacidad intelectual*. Recuperado el 5 de Enero del 2012, de http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_32_37_P%C3%A9rez.pdf
- Rae, (2012). *Real Academia Española*. Recuperado el 5 de Noviembre de 2011, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Reyes, A. (2006). *Fisioterapia: pasado, presente y ¿futuro?*. Recuperado el 10 de Noviembre del 2011, de <http://www.efisioterapia.net/.../pdfs/fisioterapia-pasado-presente-futuro>

- Rubio, J. (2005). *Tendencias en la atención a la discapacidad*. Recuperado el 26 de Enero del 2012, de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/07/07051073.pdf>
- Ruiz, M. (2002). *Trabajo y discapacidad: incidencia de factores sociales y educativos en Extremadura*. Recuperado el 6 de Enero del 2012, de http://www.webs.ono.com/mariadoloresmarin/PDF/F2b_33_IEM_IEM.pdf
- Sedano, A. & Aguilera, J. (2010). *Cualidades éticas del ethos profesional*. Recuperado el 17 de Octubre del 2011, de http://www.eben-spain.org/docs/.../RODRIGUEZ_ALFREDO_ET_AL.pdf
- Sotelano, F. (2002). *Historia de la Rehabilitación en Latinoamérica*. Recuperado el 10 de Noviembre del 2011, de <http://www.journals.lww.com/ajpmr/Documents/Manuscript%20AJ11107%20Sotelano%20Invited%20Commentary.pdf>
- Toro, L. (2006). *Código de ética*. Recuperado el 06 de enero del 2012, de http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso08/conf4_perezf.pdf
- Vélez, L., & Maya J. (2003). *“Ética y Salud Pública”*. Recuperado el 7 de mayo 2012 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/etica_y_salud_publica.pdf
- Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2012). *Programas*. Recuperado el 23 de Enero, de <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision>.

Anexo 1

TABLA DE PORCENTAJES DE BECAS PUCE

PORCENTAJES POR DISCAPACIDAD	MONTO DE BECA	%
Discapacidad del 100%	Beneficio del	50%
Discapacidad del 90%	Beneficio del	45%
Discapacidad del 80%	Beneficio del	40%
Discapacidad del 70%	Beneficio del	35%
Discapacidad del 60%	Beneficio del	30%
Discapacidad del 50%	Beneficio del	25%
Discapacidad del 40%	Beneficio del	20%
Discapacidad del 30%	Beneficio del	15%
Discapacidad del 20%	Beneficio del	10%
Discapacidad del 10%	Beneficio del	5%