

## El ejercicio profesional desde el enfoque de derechos humanos

### Interrogantes y reflexiones a partir del ejercicio profesional de la Musicoterapia en un hospital público especializado en rehabilitación

**Verónica Cannarozzo**

*Hospital El Dique de Ensenada - Sala de rehabilitación neuro-ortopédica (B.A.)*

*Universidad de Buenos Aires*

*Cátedra Libre de Musicoterapia*

*Universidad Nacional de La Plata*

#### RESUMEN

Durante años, la intervención de diferentes disciplinas de la salud -entre ellas la musicoterapia- en el área de la rehabilitación neurológica ha producido práctica y teoría fundamentando sus acciones -al menos como punto de partida- en el procesamiento cerebral, la neuroplasticidad y otros aspectos biológicos. Diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de personas con secuelas neurológicas se posicionaron en el centro del proceso terapéutico en esta área. La consolidación de este tipo de práctica ocurre en línea con el modelo médico rehabilitador sustentado por una mirada científica sobre el origen de la discapacidad que actualmente -desde el punto de vista jurídico y social- se considera superada. El ejercicio profesional de la musicoterapia en un hospital público especializado en rehabilitación neurológica de personas adultas es el disparador para reflexionar acerca de la posibilidad de desarrollar una práctica con enfoque de derechos humanos. El/la musicoterapeuta - agente del Estado en el ámbito público- se sitúa en un punto complejo en el que las disciplinas y sus prácticas, creadas para una rehabilitación “normalizadora”, se llevan a cabo en un contexto social que exige ser transformado por el paradigma de los derechos humanos. A lo largo de este trabajo se analiza contenido específico de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), principios, características básicas y estándares de derechos humanos para articular conceptos concretos de dicho enfoque con el hacer profesional. El interrogante que nos orientará será: ¿cuáles son los aspectos conceptuales que debería tener en cuenta el ejercicio profesional en perspectiva de derechos humanos?

*Palabras claves:* derechos humanos, salud, rehabilitación, discapacidad, práctica profesional

---

*“La primera responsabilidad del profesional es estar al pie del cañón en su consultorio para la sesión, pero la responsabilidad primera es tener muy claro que la deficiencia no causa la discapacidad, que aquello que la persona no pueda hacer va a depender tanto o más de las barreras que la sociedad construya o legitime, que de los músculos o las neuronas. La condición de discapacidad condiciona pero no determina.” (Patricia Brogna, 2006)*

---

## LA DISCAPACIDAD, PRODUCTO DEL CONTEXTO

La conceptualización sobre discapacidad, el lugar que ocupa la persona con discapacidad en la sociedad y cómo es tratada, fue variando a lo largo de la historia. Los autores destacados en la temática señalan diferentes “modelos” que producen teoría y praxis derivadas de momentos históricos específicos: desde el llamado “Modelo de Prescendencia” para dar paso luego al “Modelo Rehabilitador” y finalmente desde un enfoque de derechos: el “Modelo Social”. Los cambios que se desprenden de esta evolución en el pensamiento acerca de la discapacidad suelen verse reflejados en los aspectos normativos y/o jurídicos. Sin embargo, en el contexto de las conductas y prácticas sociales es frecuente que conceptualizaciones opuestas coexistan generando controversias que desde el campo de los derechos humanos es importante abordar con vistas a lograr un mayor disfrute de derechos.

## UN REPASO POR LOS MODELOS

En la antigüedad, se consideraba que las causas de la discapacidad tenían un origen religioso. Agustina Palacios (2008) sostiene que, desde esta perspectiva, la sociedad prescinde de las personas con discapacidad por diferentes razones:

*[...] se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que -por lo desgraciadas-, sus vidas no merecen la pena ser vividas [...] la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que*

*asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia. (Palacios, 2008, p.26)*

En una instancia histórica más cercana<sup>5</sup> podemos situar el modelo rehabilitador. Las causas que originan la discapacidad pasan del ámbito religioso al científico: las personas con discapacidad ya no son consideradas innecesarias en la medida en que puedan ser rehabilitadas y “normalizadas”. La discapacidad es exclusivamente un problema individual que afecta a quien presenta algún tipo de deficiencia y a su familia. Este tipo de conceptualización posiciona a la persona con discapacidad en un lugar de dependencia de prácticas médicas/rehabilitatorias y asistencia del Estado a lo largo de su vida. En este sentido, resulta interesante el aporte de Colin Barnes (2009) quien considera que la rehabilitación y las intervenciones que de ella derivan resultan limitadas respecto a lo que pueden lograr en términos de capacitación de las personas con discapacidad para que alcancen paridad económica y social con las personas sin discapacidad de su generación, en entornos sociales organizados para estilos de vida “*no discapacitados*” (p.113).

El tercer modelo es el denominado social. Surge en los años setenta a partir de la militancia de grupos de personas con discapacidad que manifiestan que es la sociedad la que impone barreras que generan exclusión y discriminación a quienes no se ajustan a los estándares de normalidad impuestos. Los postulados de este modelo se plasman en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual “reivindica la autonomía de la persona con diversidad funcional<sup>6</sup> para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades” (Palacios y Romanach, 2008, p.38).

---

<sup>5</sup> Agustina Palacios ubica la consolidación del Modelo Rehabilitador a principios del S. XX (Palacios, 2008).

<sup>6</sup> Palacios y Romanach (2008), plantean la necesidad de superar el eje teórico de la capacidad impuesto por modelos anteriores para aspirar a una normalidad incompatible con la diversidad que caracteriza a las personas con diversidad funcional. Proponen que el eje teórico debe ser la dignidad de las personas que pertenecen a la diversidad. Dignidad inherente a todos los seres humanos no vinculada a la capacidad, para lo cual, resulta imprescindible la eliminación de los conceptos *capacidad* o *valía* del lenguaje buscando un nuevo término en el que una persona pueda encontrar una identidad que no sea percibida como negativa: *personas con diversidad funcional*.

Agustina Palacios y Francisco Bariffi (2007), sostienen que el Modelo Social tiene una relación estrecha con los derechos humanos ya que:

*[...] aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad (Palacios y Barrifi, 2007. p.19).*

## LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante “la Convención”) y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Su propósito es el de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto por su dignidad inherente”.<sup>7</sup>

Ratificada por Argentina en el año 2007, fue incorporada al derecho interno mediante la Ley 26.378 en el año 2008. A través de la Ley 27.044 del año 2014, la Convención obtuvo jerarquía igual a la Constitución Nacional en los términos del art. 75 inciso 22. Argentina -al ser un Estado parte de este instrumento de derechos humanos- asume el deber de *respetar* lo cual significa que se abstendrá de adoptar medidas que obstaculicen o impidan el ejercicio de derechos, la obligación de proteger, esto es: regular y sancionar la acción de terceros no agentes del Estado para que respeten los derechos humanos; así como también la obligación de realizar: cumplir, satisfacer, facilitar, promover y garantizar el ejercicio de esos derechos (Krikorian, 2013).

El marco jurídico vigente indica un cambio de paradigma que va desde la idea de tutelar y asistir a las personas con discapacidad hacia su consideración como sujetos de derecho. Miguel Ferreira (2017) sostiene que “la legislación se ha quedado reducida a su condición meramente formal [...] La realidad concreta, biográfica, corporal, de las personas con discapacidad permanece instalada en las mismas condiciones previas a la existencia de tales propósitos legislativos” (p. 28). La asociación de la discapacidad con la salud por sobre los factores políticos, la permanencia de la idea de

---

<sup>7</sup> Artículo 1, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

discapacidad como problemática individual, la vigencia de estereotipos negativos que refuerzan la exclusión, la falta de políticas públicas cabalmente sustentadas en los principios de la Convención (Courtis, 2009) -entre otros motivos- señalan que aún quedan conceptos y prácticas para revisar y mucho camino por recorrer para lograr el pleno disfrute de derechos de las personas con discapacidad.

## PENSAR LA REHABILITACIÓN DESDE LA CONVENCIÓN

Nos proponemos pensar el ejercicio profesional en el proceso de rehabilitación –desde la musicoterapia en nuestro caso, pero la propuesta se hace extensiva a otras disciplinas- desde la perspectiva de derechos que propone la Convención. Nos situamos en un punto complejo donde las disciplinas y sus prácticas, creadas para una rehabilitación “normalizadora”, se llevan a cabo en un contexto social que como vimos precedentemente plantea nuevos desafíos. En este sentido, Miguel Ferreira (2017) plantea que el modelo social ha realizado aportes significativos respecto de la reivindicación de derechos y la lucha por la dignidad de las personas con discapacidad explicitando las condiciones bajo las cuales éstas son víctimas de discriminación, pero no ha profundizado teóricamente sobre ellas:

*[...] en la realidad de la experiencia de las personas con discapacidad, ambos modelos, se entremezclan. El modelo médico determinando prácticas disciplinadoras y normalizantes, el modelo social promoviendo la lucha por el reconocimiento de derechos, la autonomía y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad; la normalización disciplinaria es mayoritaria, la lucha emancipatoria, minoritaria (Ferreira, 2017, p.22).*

## APORTES ESPECÍFICOS DE LA CONVENCIÓN

Como profesionales de la salud debemos conocer que existen principios centrales de derechos humanos -receptados por la Convención que también fueron reconocidos en los diversos instrumentos previos- que fundamentan que: “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”<sup>8</sup>. Esto significa que todas las personas poseen dignidad

---

<sup>8</sup> Preámbulo, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

por el solo hecho de ser personas, así como derechos y libertades fundamentales irrenunciables. En esta línea, tomando como marco el principio de igualdad y no discriminación, se establece que “la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano”.

La Convención destaca características básicas de los derechos humanos como la universalidad ya que todas las personas son titulares de derechos y la imposibilidad de establecer diferencias políticas, sociales y/o culturales para acotar o disminuir su ejercicio. Los derechos humanos son indivisibles, interdependientes y están interrelacionados, no existe jerarquía entre ellos, el ejercicio de algún tipo de derecho no es más importante que otro y generalmente, la efectiva realización de uno de ellos trae como consecuencia una mejora en el ejercicio de los otros.

El Preámbulo propone que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Los instrumentos de derechos humanos son producto de su época y ésta no es la excepción, la Convención plantea el primer cambio conceptual importante: la discapacidad ya no es una problemática reservada al individuo con algún tipo de deficiencia y a su familia sino el producto de la interacción entre el individuo y la sociedad. En palabras de Patricia Brogna (2006):

*[...] la discapacidad no es una condición a curar, a completar o reparar: es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo) [...] toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que lo rodea [...] es el espacio contingente y arbitrario que se le asigna a ese sujeto y por lo tanto la situación de desventaja aumenta o disminuye en función de su contexto social (y económico) (Brogna, 2006, p.7).*

El primer señalamiento entonces nos lleva a asumir el compromiso de que este concepto dinámico trascienda el enunciado para generar un impacto en nuestras prácticas, permitiéndonos reconocer y favorecer (en el ejercicio profesional) que las personas con discapacidad pueden contribuir “al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades”, destacando la autonomía, la independencia y la libertad para la toma de decisiones, en algunos casos con el apoyo necesario.

Resulta importante resaltar, antes de avanzar en el análisis de los conceptos que nos interesan a los fines de este trabajo, que la Convención es un instrumento con enfoque de género. El Preámbulo

establece que “las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación”. Los diferentes artículos que forman este instrumento tienen una connotación de género y el Comité<sup>9</sup> sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha abordado directamente el tema en su Observación General N ° 3 sobre mujeres y niñas con discapacidad.

#### DEFINICIONES CLAVE: LENGUAJE, COMUNICACIÓN, AJUSTES RAZONABLES Y DISEÑO UNIVERSAL

La Convención establece las definiciones y alcances de conceptos claves: el lenguaje, la comunicación, los ajustes razonables y el diseño universal.

Cuando hablemos de lenguaje, necesariamente nos estaremos refiriendo tanto al “lenguaje oral como a la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal” (Convención, Art. 2). La comunicación incluirá los diversos tipos de lenguajes, la visualización de texto, el Braille, las modalidades táctiles, los macrotipos, dispositivos multimedia, el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, la tecnología de la información, la voz digitalizada y otros formatos aumentativos o alternativos de comunicación que tengan la particularidad de favorecer la accesibilidad.

El concepto de ajustes razonables -introducido en la Convención- se refiere a las modificaciones y adaptaciones necesarias para garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio de todos los derechos en igualdad de condiciones con los demás.

El diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan ser utilizados por todas las personas, atendiendo a la amplia diversidad que caracteriza a la humanidad en general, sin que medie una adaptación o un diseño especializado, se denomina “diseño universal”.

¿Por qué son importantes estos conceptos? Porque nos permiten ampliar aquellas nociones que adquirimos en nuestra formación disciplinar y -a través de un ejercicio reflexivo- adquirir herramientas para establecer lazos coherentes entre posicionamiento y prácticas profesionales. No

---

<sup>9</sup> El Comité es un órgano integrado por 18 expertos independientes cuya misión es supervisar la aplicación de la Convención, recibir comunicaciones de personas o grupos de personas que aleguen violaciones a los derechos reconocidos y realizar las “Observaciones Generales” que considere pertinentes sobre artículos de la misma y/o temas conexos.

debemos olvidar que las barreras que operan en los diversos contextos en los que desarrollan su vida las personas con discapacidad son las que deben ser modificadas.

Es interesante el contenido propuesto por este artículo ya que traza pautas claras que nos permiten reflexionar acerca de nuestro ejercicio profesional: ¿Vamos al encuentro de una persona o grupo de personas desde la mirada entrenada para detectar el déficit? ¿Propiciamos códigos de intercambio y/o comunicación que en su amplitud alojen diferentes tipos de lenguajes? ¿Reconocemos y aceptamos la diversidad? ¿Podemos problematizar el espacio de práctica disciplinar desde la premisa de que es el contexto social el que impone las barreras que impiden el desarrollo y la participación activa? ¿Intervenimos sobre materiales, recursos, fuentes sonoras con la intención de que sean accesibles y/o universales?

## SALUD, HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

La Convención establece que “las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud<sup>10</sup> sin discriminación por motivos de discapacidad” y los Estados están obligados a adoptar las medidas necesarias para asegurar el acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación<sup>11</sup> relacionada con la salud.

La obligación estatal de brindar atención sanitaria contempla que ésta sea gratuita, de calidad, accesible, asequible, lo más cerca posible (incluso en zonas rurales). Cuando nos referimos a la calidad no sólo estamos hablando de insumos o prestaciones específicas sino también de una atención de calidad sin discriminación por razones de discapacidad. Es importante destacar que la Convención establece específicamente que los Estados:

*Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado. Esta “formación inicial y continua” para la atención deberá promoverse con políticas públicas, así como “la disponibilidad, el*

---

<sup>10</sup> Artículo 25, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

<sup>11</sup> Artículo 26, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad



*conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad”.*<sup>12</sup>

Si bien la habilitación y la rehabilitación tienen un tratamiento específico en la Convención, relacionadas directamente con el derecho a la salud, veremos que estos procesos trascienden esa relación para alcanzar de manera más amplia el propósito de vida independiente. Respecto de estos tratamientos, los Estados deberán adoptar medidas efectivas y pertinentes –incluso a través de acciones de apoyo- para que las personas con discapacidad alcancen y mantengan “la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”. Para ello, se organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación en ámbitos de la salud, el empleo, la educación y servicios sociales que:

- Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona.
- Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

Estas directrices nos marcan claramente el espíritu que deberían asumir los procesos de habilitación y rehabilitación: una intervención temprana, que no debe confundirse con una institucionalización temprana; la mirada interdisciplinaria (transdisciplinaria en el mejor de los casos) focalizada sobre necesidades y capacidades, no sobre déficits; el eje de cualquier proceso y/o tratamiento es la vida en la comunidad, no la internación o el tratamiento descontextualizado por tiempo prolongado.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad destacó que:

*La vida independiente en la comunidad, la habilitación y la rehabilitación (art. 26) son interdependientes. Algunas personas con discapacidad no pueden participar en servicios de rehabilitación si no reciben un apoyo individualizado suficiente. Al mismo tiempo, el propósito de la rehabilitación es que las personas con discapacidad puedan participar plena y eficazmente en la comunidad. La habilitación y la rehabilitación de una persona con discapacidad siempre deben contar con su consentimiento libre e informado. La habilitación*

---

<sup>12</sup> Artículo 25, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

*y la rehabilitación son especialmente pertinentes en relación con la educación, el empleo, la salud y los asuntos sociales (p.90).<sup>13</sup>*

La observación resalta el fin último que debe asumir todo proceso de rehabilitación: favorecer la vida independiente teniendo en cuenta la educación, el trabajo, la salud y la vinculación social. Un claro ejemplo de la interdependencia de los derechos humanos, razón por la cual no puede establecerse que un derecho sea más importante que otro y tampoco evitarse el hecho de que el ejercicio de un derecho determinado puede traer aparejada la realización de otro derecho interrelacionado, pero también una aclaración necesaria sobre la mirada integral y con perspectiva a la vida en comunidad que deben tener los procesos de rehabilitación.



*Musicoterapia en rehabilitación*

## EL PROFESIONAL DE LA SALUD COMO AGENTE DEL ESTADO

El Estado tiene la ineludible obligación de cumplir con lo que la Convención establece, por haberla firmado y ratificado. Ahora bien, ¿hay algún tipo de responsabilidad que le corresponda a

<sup>13</sup> Observación General N ° 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad del 27 de octubre de 2017.

quien trabaja en el ámbito de la salud? ¿esta responsabilidad tiene un alcance diferente si el desempeño profesional se realiza en un ámbito público o privado?

Los agentes del Estado son actores sociales que tienen según sus roles específicos, responsabilidades como diseñar, implementar, aplicar y evaluar diversas políticas públicas y sus impactos (Rodino, 2014). Sin embargo, no suelen reconocer las responsabilidades del Estado como propias, no se asumen como “agentes propiciadores de derechos humanos” así como tampoco se perciben como posibles violadores de derechos humanos (Salvioli, 2015).

La Convención señala con claridad que el Estado debe “promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos [...], a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos<sup>14</sup>”. En relación con esta disposición, numerosos autores sostienen que el enfoque de derechos humanos debería ser contenido transversal en la educación superior (Salvioli, 2009; Ripa, 2014; Rodino, 2014). Este señalamiento, debería aplicarse en todas las disciplinas y especialmente en disciplinas consideradas de interés público pues su ejercicio profesional puede poner en riesgo la salud, la seguridad, los derechos en general, los bienes y la formación de las personas. La capacitación en derechos humanos, de profesionales y personal que trabajan en salud, no debería estar ligada exclusivamente al interés e iniciativa personales, sino constituir una política pública deliberadamente impulsada, implementada y sostenida con el objeto de brindar formación y actualización sistemática y permanente en derechos humanos en el sistema de salud.

Podríamos considerar que desarrollar tareas laborales o profesionales en el sector privado nos eximiría de las obligaciones asumidas por el Estado, pero debemos tener en cuenta que el hecho de trabajar con derechos -a la salud, por ejemplo- garantizados por el Estado en numerosos instrumentos de derechos humanos y en su Constitución Nacional también genera responsabilidad. “Trabajamos con derechos que el Estado debe garantizar y el Estado nos otorga una licencia para que llevemos adelante el trabajo” (Salvioli, 2015, p.7).

La realización efectiva de derechos puede invisibilizarse detrás de la disciplina, del ejercicio disciplinar, permitiendo la emergencia de los derechos más obvios y no del conjunto de derechos

---

<sup>14</sup> Artículo 4, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

fundamentado en las características que vimos precedentemente: indivisibilidad, interdependencia e interrelación. Por ello nos proponemos analizar el enfoque de derechos humanos para aproximarnos al ejercicio profesional desde esa perspectiva.

## EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

El primer paso del enfoque de derechos para empoderar a sectores históricamente excluidos es el reconocimiento de su titularidad de derechos, modificando así la matriz de las políticas públicas -y por qué no de las prácticas disciplinares que se derivan de ellas- para considerar que las personas destinatarias no lo son como consecuencia de una necesidad de asistencia sino porque son sujetos de derechos que pueden y deben demandar prestaciones específicas (Abramovich y Pautassi, 2009).

Partiendo desde este posicionamiento, para adoptar un enfoque de derechos, deberán tenerse en cuenta ciertos principios fundamentales y estándares. Cuando hablamos de estándares (en derechos humanos) nos referimos al contenido básico y mínimo de las obligaciones de un Estado que se utilizan, además, como indicadores de cumplimiento.

*Los estándares internacionales de derechos humanos cumplen un papel fundamental en el impulso de la exigibilidad de los derechos sociales a nivel interno de los Estados [...] constituyen la interpretación autorizada de normas que obligan a los Estados [...] Ello genera una unidad de protección a través de la interacción entre los sistemas nacionales e internacionales de garantía (Parra Vera y otros, 2008, p.43).*

Algunos de los principios que constituyen estándares y que pueden señalarse en el ejercicio de los derechos sociales, pertinentes a nuestro análisis son:

- El Principio de dignidad humana, como foco principal ya que permite que la interdependencia de derechos sea algo concreto, favorece la lectura de derechos civiles (el derecho a la vida, por ejemplo) en términos de derechos sociales: el derecho a un proyecto de vida digna con acceso a la salud, a una alimentación adecuada, a una vivienda, entre otros.
- El Principio de igualdad y no discriminación, no sólo desde el punto de vista formal sino material, haciendo hincapié en grupos especiales de protección y en situación de

vulnerabilidad a través de una mirada diferenciada que genere acciones afirmativas<sup>15</sup> cuyo objetivo sea la equidad.

- El Principio de progresividad y no regresividad, ya que los derechos humanos se amplían de manera constante y su realización debe alcanzar progresivamente a todas las personas. La no regresividad implica que los Estados no pueden realizar acciones que empeoren o disminuyan el goce los derechos ya reconocidos.
- La rendición de cuentas, porque las obligaciones asumidas internacionalmente y consagradas con jerarquía igual a la de la Constitución Nacional, se proyectan en leyes, normativas, políticas públicas y prácticas concretas, sobre las que posteriormente el Estado debe dar cuenta en el ámbito nacional e internacional, acerca del grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas al firmar y ratificar los instrumentos de derechos humanos.

## LA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS COMO EJE TRANSVERSAL DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Luego de repasar conceptualizaciones básicas sobre derechos humanos, la normativa específica sobre los derechos de las personas con discapacidad y mencionar algunos estándares, llegamos al punto de interrogar nuestro ejercicio profesional para ensayar una transversalización del enfoque de derechos humanos. La transversalidad “implica resignificar, organizar, mejorar los procesos de manera que la perspectiva de igualdad y no discriminación<sup>16</sup> sea incorporada en todas las políticas, estrategias, acciones e intervenciones” (Medina y Yuba, 2018 s/p.).

Como vimos precedentemente, el punto de partida para desarrollar un ejercicio profesional en perspectiva de derechos humanos exige reconocer que el/la usuario/a es un/a sujeto/a de derechos. La promoción, protección y garantía de ejercicio de derechos está debidamente reconocida y garantizada por el Estado y si somos agentes del sistema de salud, asumimos un compromiso y

---

<sup>15</sup> Acción afirmativa o discriminación positiva es la denominación que recibe toda medida que tiene por objeto establecer políticas que alcancen a grupos minoritarios, vulnerables o históricamente discriminados, permitiéndoles el acceso a recursos, bienes y/o servicios. Un ejemplo de estas acciones son las leyes de cupo mínimo laboral para personas con discapacidad.

<sup>16</sup> El principio de igualdad y no discriminación es fundamental para la realización de los derechos humanos y para la efectiva aplicación de otros principios esenciales que configuran la perspectiva de derechos.



tenemos una responsabilidad. La consideración de la persona que asiste a la sesión/encuentro como sujeto/a de derechos implica necesariamente su ubicación como alguien que puede y debe elegir, decidir, demandar, conducir, solicitar.



*Musicoterapia en rehabilitación*

El principio de progresividad, no regresividad, nos interpela cuando las políticas públicas aparecen como insuficientes, cuando se producen recortes en partidas presupuestarias que como consecuencia impactan en el sistema de salud, cuando el Estado avanza con leyes o normativas que restringen o reducen derechos, etc. Sin embargo, también podemos pensar que el principio de progresividad, obliga a adoptar posiciones amplias que, en sintonía con el carácter dinámico de los derechos humanos, nos lleven a revisar conceptualizaciones y prácticas. Un ejemplo de ello son las variaciones que ha sufrido a lo largo de los años el modo de referirnos a las personas con discapacidad, la elección del lenguaje utilizado para nombrar, dar cuenta y/o definir aspectos específicos en este campo no es una elección ingenua. En igual sentido, podemos señalar, el avance constante que involucra a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad así como los derechos vinculados a su igual reconocimiento ante la ley -entre otros aspectos- en los

que la evolución característica de los derechos humanos nos obliga a desarrollar una práctica reflexiva y una suerte de adecuación en el modo de pensar esas problemáticas cotidianas.

Nuestra acción profesional tiene consecuencias en la medida en que intervenimos en ámbitos donde derechos fundamentales, como el derecho a la salud, debe ser garantizado. Este derecho - entendido como el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental- aparece como el primer derecho involucrado, pero no debemos olvidar que los derechos humanos tienen características específicas de interdependencia e indivisibilidad, razón por la que nuestra mirada no puede agotarse en el ejercicio de uno solo de ellos y debe contemplar dinámicamente todos los derechos vinculados.

Finalmente, realizaremos una tarea de enunciación de algunos derechos que se visibilizan en el desempeño profesional en salud, pero sólo lo haremos a título indicativo y como disparador para la reflexión, esperando que a partir de ella se amplíe la explicitación de otros derechos asociados en los diferentes campos disciplinares.

El derecho a la dignidad, lo mencionamos como estándar y está vinculado a la inherencia, concepto que analizamos previamente. Las personas por el solo hecho de serlo, son titulares de derechos y deben ser así consideradas según el principio de igualdad y no discriminación. En vinculación directa ubicamos el derecho a la integridad, entendiendo su contenido de la manera más amplia: la integridad se opone a cualquier tipo de trato cruel, inhumano o degradante.

El derecho a la información en relación con el área de la salud y la rehabilitación implica que las personas tienen derecho a ser debidamente informadas sobre los procesos de tratamiento a los que son sometidas, deben prestar su expreso consentimiento y en su carácter de sujetos de derechos deben tomar decisiones al respecto.

El derecho a la privacidad<sup>17</sup> adquiere otra dimensión respecto al ámbito de ejercicio que analizamos y se relaciona con el consentimiento informado. Toda información y/o producción derivada de la intervención profesional está protegida por el derecho a la privacidad y sólo en casos

---

<sup>17</sup> El derecho a la dignidad, el derecho a la información y el derecho a la privacidad de las personas que acceden a tratamientos de Musicoterapia se encuentran expresamente receptados en el texto de la Ley 13635 de Ejercicio Profesional en la provincia de Buenos Aires.

específicos -con la autorización expresa del, los, las usuarias/os- podría utilizarse en entornos puntuales, como por ejemplo el ámbito científico y/o académico.

El derecho a ser oído, en el sentido más amplio posible, trascendiendo el derecho a la expresión en el marco civil y político, nos señala la co-construcción de discursos, estrategias y procesos. En relación directa con el derecho al disfrute de la cultura, nos enlaza con la diversidad cultural, con expresiones culturales variadas y múltiples cosmovisiones (en el caso de los pueblos originarios o usuarios provenientes de diferentes entornos culturales).

Resaltamos también los conceptos que vimos más arriba y que se impactan en aspectos concretos de la práctica profesional, de manera que la utilización de la comunicación, el lenguaje, los ajustes razonables y el diseño universal orienten nuestra tarea en sintonía con los objetivos que persigue la Convención: accesibilidad, inclusión y vida independiente.

Este trabajo surgió a partir de interrogantes que fueron presentándose en el ejercicio profesional en la rehabilitación neurológica de adultos, en un hospital público que como tal plantea problemáticas puntuales que difieren -en algunos casos- de las que pueden presentarse en ámbitos privados. Es nuestra intención que sea el disparador para más preguntas que generen otros desarrollos y otras aproximaciones al enfoque de derechos humanos en campos disciplinares específicos.

La capacitación en derechos humanos nos permite aprehenderlos como una “vara de medir” nuestra tarea, asumiéndolos como parámetros éticos, críticos, políticos para identificar los problemas sociales que atravesamos diariamente, localizar nuestra función frente a ellos y visibilizar acciones concretas a realizar para transformar la realidad (Rodino, 2014).

La perspectiva de derechos es sin dudas un desafío que nos obliga a repensarnos y a reflexionar sobre nuestras prácticas, pero también se nos presenta como herramienta y como oportunidad. Está en nosotros -usuarias, usuarios, agentes, profesionales- transformar conductas y prácticas para que, en los diversos órdenes de nuestra sociedad, el enfoque de derechos humanos sea una realidad y no un estándar inalcanzable o una declaración de buenas intenciones.



## Referencias bibliográficas

ABRAMOVICH, V. Y PAUTASSI, L. (2009). EL ENFOQUE DE DERECHOS Y LA INSTITUCIONALIDAD DE LAS POLÍTICAS SOCIALES. EN ABRAMOVICH, V. Y PAUTASSI, L. (COMP., 2009). "LA REVISIÓN JUDICIAL DE LAS POLÍTICAS SOCIALES. ESTUDIO DE CASOS" BUENOS AIRES, EDITORES DEL PUERTO, PÁGS. 279-340.

ARGENTINA, BUENOS AIRES. LEY 13635 (2007) ESTABLECE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MUSICOTERAPIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. FECHA DE PROMULGACIÓN: 18/01/07. BOLETÍN OFICIAL 25588. DISPONIBLE EN: [HTTPS://NORMAS.GBA.GOB.AR/DOCUMENTOS/VRNEbc5V.HTML](https://normas.gba.gob.ar/documentos/VRNEbc5V.html)

BARNES, C. (2009). UN CHISTE "MALO": ¿REHABILITAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN UNA SOCIEDAD QUE DISCAPACITA? EN: VISIONES Y REVISIONES DE LA DISCAPACIDAD COMPILADO POR PATRICIA BROGNA (2009). MÉXICO: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.

BROGNA, P. (2006) EL NUEVO PARADIGMA DE LA DISCAPACIDAD Y EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN. CAD ESP, CEARÁ, 2(2), 7-12.

COURTIS, C. (2009). LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS ANTIDISCRIMINATORIAS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD. DIFICULTADES Y DESAFÍOS. EN VISIONES Y REVISIONES DE LA DISCAPACIDAD COMP. POR PATRICIA BROGNA (2009). MÉXICO: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.

FERREIRA, M. (2017). LA DISCAPACIDAD: ENTRE LA FORMALIDAD POLÍTICO-DISCURSIVA Y LA EXPERIENCIA INCORPORADA. REVISTA LATINOAMERICANA DE ESTUDIOS SOBRE CUERPOS, EMOCIONES Y SOCIEDAD – RELACES, 23(9), 20-32. DISPONIBLE EN: [WWW.RELACES.COM.AR/INDEX.PHP/RELACES/ARTICLE/VIEW/522](http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/522)

KRIKORIAN, M. (2013). DERECHOS HUMANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS Y ROL DEL FMI: TENSIONES, ERRORES NO ASUMIDOS Y REPLANTEOS. LIBRERÍA EDITORIAL PLATENSE

MEDINA, G Y YUBA, G. (2018). LAS PERSONAS MAYORES Y EL DERECHO A LA SALUD. REFLEXIONES A PARTIR DEL CASO "POBLETE VILCHES Y OTROS C. CHILE" DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. PUBLICADO EN LA LEY DFYP 2018 (OCTUBRE) AR/DOC/1843/2018

PALACIOS, A. (2008). EL MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD: ORÍGENES, CARACTERIZACIÓN Y PLASMACIÓN EN LA CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. COLECCIÓN CERMI, EDICIONES CINCA. MADRID, ESPAÑA.

PALACIOS, A Y BARIFFI, F. (2007). LA DISCAPACIDAD COMO UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS. UNA APROXIMACIÓN. UNA APROXIMACIÓN A LA CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. COLECCIÓN TELEFÓNICA ACCESIBLE. EDICIONES CINCA.

PALACIOS, A. Y ROMAÑACH, J. (2008). EL MODELO DE LA DIVERSIDAD: UNA NUEVA VISIÓN DE LA BIOÉTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL (DISCAPACIDAD) REV. INTERSTICIOS: REVISTA SOCIOLOGICA DE PENSAMIENTO CRÍTICO INCL, 2(2), 37-47. DISPONIBLE EN [HTTP://WWW.INTERSTICIOS.ES](http://www.intersticios.es)

PARRA VERA, O., VILLANUEVA HERMIDA, M. Y MARTÍN, A. (2008). PROTECCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. SISTEMA UNIVERSAL Y SISTEMA INTERAMERICANO. COSTA RICA. INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.

RIPA, L. (2014). ALGO DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS. REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES, SEGUNDA ÉPOCA, 25, 151-162. EDICIÓN DIGITAL: [HTTP://WWW.UNQ.EDU.AR/CATALOGO/330-REVISTA-DE-CIENCIAS-SOCIALES-N-25.PHP](http://www.unq.edu.ar/catalogo/330-revista-de-ciencias-sociales-n-25.php)

RODINO, A. (2014). PENSAR LA EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS COMO POLÍTICA PÚBLICA. REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES, SEGUNDA ÉPOCA, 25, 129-139. EDICIÓN DIGITAL: [HTTP://WWW.UNQ.EDU.AR/CATALOGO/330-REVISTA-DE-CIENCIAS-SOCIALES-N-25.PHP](http://www.unq.edu.ar/catalogo/330-revista-de-ciencias-sociales-n-25.php)

SALVIOLI, F. (2015). MUSICOTERAPIA Y DERECHOS HUMANOS. CONFERENCIA INAUGURAL DE LA CÁTEDRA LIBRE DE MUSICOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA. DISPONIBLE EN: [HTTP://SEDICI.UNLP.EDU.AR/HANDLE/10915/65723](http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/65723)

SALVIOLI, F. (2009). LA UNIVERSIDAD Y LA EDUCACIÓN EN EL SIGLO XXI. LOS DERECHOS HUMANOS COMO PILARES DE LA NUEVA REFORMA UNIVERSITARIA. INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS, SAN JOSÉ. COSTA RICA.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2006) DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.DERECHOSHUMANOS.UNLP.EDU.AR/BUSADOR/SEARCH/INSTRUMENTO/61](http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/busador/search/instrumento/61)

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2017) OBSERVACIÓN GENERAL N° 5 –DERECHO A VIVIR DE FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD. DISPONIBLE EN: [HTTPS://TBINTERNET.OHCHR.ORG/\\_LAYOUTS/TREATYBODYEXTERNAL/DOWNLOAD.ASPX?SYMBOLNO=CRPD/C/GC/5&LANG=EN](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/5&lang=en)

IMÁGENES REGISTRADAS BAJO CONSENTIMIENTO INFORMADO POR LA AUTORA DEL TRABAJO.

## *Acerca de la autora*

### **Verónica Cannarozzo**

*Licenciada en Musicoterapia (Facultad de Psicología, UBA).*

*Maestranda en Derechos Humanos (Facultad de Ciencias*

*Jurídicas y Sociales, UNLP). Diplomada en Derechos*

*Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (Facultad de*

*Derecho, UBA; Corte Interamericana de Derechos Humanos*

*y Relatoría DESCA de la Comisión Interamericana de*

*Derechos Humanos). Docente del Curso “Arte y Derechos*

*Humanos”, Edición Agosto/Noviembre 2019 (Teatro Solís de*

*Montevideo, Instituto Interamericano de Derechos*

*Humanos, Ministerio de Educación y Cultura, Uruguay).*

*Docente de la Licenciatura en Musicoterapia de la Facultad*

*de Psicología (UBA). Directora de la Cátedra Libre Musicoterapia (UNLP). Miembro del Consejo*

*Asesor y Científico de Artseduca Revista electrónica de educación en las ARTES ISSN 2254-0709 y del*

*Comité Científico Permanente de ECOS Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines e-*

*ISSN:2718-6199. Musicoterapeuta del equipo interdisciplinario de la Sala de Rehabilitación Neuro-*

*ortopédica del Hospital El Dique de Ensenada (B.A.) desde agosto de 2014 a la fecha.*



Contacto: [veronica.cannarozzo@presi.unlp.edu.ar](mailto:veronica.cannarozzo@presi.unlp.edu.ar)