

Guía para médicos de atención primaria sobre justicia social, el derecho a la atención y las barreras de acceso después de la lesión medular

Angela Kuemmel, PhD, ABPP,¹ Josh Basile, JD,² Anne Bryden, MA, OTR/L,³ Ngozi Ndukwe, PsyD,¹ and Kelley Brooks Simoneaux, JD⁴

¹Department of Psychology, Louis Stokes VA Medical Center, Cleveland, Ohio;

²Jack H. Olender & Associates, Washington, DC, Determined2Heal Foundation, Inc., and SPINALpedia.com;

³Institute for Functional Restoration, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio;

⁴The Spinal Cord Injury Law Firm, PLLC, Washington, DC

Este artículo ha sido traducido al español por:

Melina Longoni, MD¹ Camilo Castillo, MD² e Isaac Hernandez Jimenez, MD^{3,4}

En colaboración con el Comité de las Américas de la Asociación Americana de Lesión Medular.

¹Dirección de Discapacidad de Ituzaingó, Buenos Aires

²Rehabilitation Center, Department of Neurosurgery, Division of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Louisville School of Medicine, Louisville, Kentucky

³University of Texas Health Science Center Houston, Houston, Texas

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, McGovern Medical School, Houston, Texas

⁴The Institute of Rehabilitation & Research (TIRR) Memorial Hermann, Houston, Texas

Resumen: Las personas que viven con lesión de la médula espinal (LME) enfrentan numerosas barreras para la atención primaria. Este artículo identifica estas barreras como problemas de justicia social para enfatizar su importancia y la desigualdad de la atención primaria que reciben las personas con LME. Los médicos de atención primaria tienen la responsabilidad de brindar atención equitativa y accesible a todos los pacientes y remediar cualquier obstáculo para la atención. El comprender bien las barreras de competencia, física, política y de procedimiento, comunicación y actitudes que impactan la atención primaria para las personas con LME brindará la conciencia necesaria y la oportunidad de un cambio significativo. Este artículo es un llamado a la acción por la justicia social dentro de la atención primaria y proporciona recomendaciones útiles para eliminar y abordar las barreras. Son posibles mejores resultados de atención médica para las personas con LME si los médicos y profesionales de atención primaria se convierten en defensores de la justicia social para sus pacientes con LME.

Palabras clave: atención primaria, justicia social, lesión medular espinal

Lista de verificación de mantenimiento de salud

1. ¿Experimenta alguna barrera para acceder a la atención aquí?
2. ¿Existe alguna manera de abogar por las personas con lesiones de la médula espinal?
3. ¿Cómo podemos trabajar juntos para comprender sus necesidades de salud?

Reporte de caso

Margo es una mujer afroamericana de 26 años con una LME nivel C7 de la Asociación Americana de Lesiones Espinales (AIS) B, sufrida en un accidente automovilístico hace 3 años. Ella viene a ver a su médico de atención primaria (MAP) recientemente establecido, por episodios inexplicables de disreflexia autonómica a pesar de tener la piel intacta y el cuidado habitual de los intestinos y la vejiga. Su MAP, la Dra. Gold, se encuentra de pie frente a su computadora para hacer su documentación

durante la visita y estando así le habla a Margo. La Dra. Gold realiza análisis de sangre y los resultados indican que Margo está embarazada. Sin determinar primero el sistema de apoyo, las habilidades y la independencia de Margo, la Dra. Gold comienza a cuestionar a Margo de manera degradante al preguntarle si podrá cuidar a su hijo sola, si es apta para ser madre y si puede mantener económicamente a un niño.

Introducción

Las personas que viven con lesión de la médula espinal (LME) enfrentan obstáculos remediabiles para recibir atención en una variedad de entornos de salud, incluida la atención primaria y especializada. Hay evidencia de que esta población recibe menos atención exhaustiva que las personas sin discapacidad.¹ Los obstáculos incluyen barreras ambientales como son los edificios médicos inaccesibles, espacio inadecuado, falta de equipo médico especializado,² y preparación académica limitada de los médicos de atención primaria (MAP) que resulta en una falta de conocimiento de los problemas de salud de las personas con LME.²⁻⁶ Brindar atención primaria de menor calidad a las personas con LME en comparación con las personas sin discapacidad crea una injusticia social con consecuencias peligrosas. Esta inequidad en el cuidado de la salud para las personas con LME requiere que los profesionales en entornos de atención primaria aumenten su conciencia sobre los problemas de justicia social, las barreras en sus propias prácticas y cómo pueden remediarlos.

La justicia social se define como la defensa de la “participación plena e igualitaria de todos los grupos en una sociedad que se forma mutuamente para satisfacer sus necesidades”⁷ (p3) Una sociedad justa asegura que los recursos se distribuyan por igual y fomenta un entorno físico y seguridad psicológica para sus miembros.⁷ Ser un agente de justicia social es una parte importante de la aptitud multicultural⁸ y requiere incorporar las necesidades de todas las personas, independientemente de su raza, cultura, género, sexualidad o capacidad. La incorporación de la justicia social en la práctica dará como resultado planes de rehabilitación más efectivos, una mayor adherencia y mayores índices de satisfacción del paciente.⁹

El objetivo de este artículo es enmarcar barreras bien conocidas a la atención primaria, que experimentan las personas con LME como problemas de justicia social y violaciones de los derechos humanos. Comprender estas

barreras persistentes como cuestiones de justicia social es fundamental para sacudir la complacencia y causar un cambio significativo que impactará positivamente el tratamiento de las personas con LME. La atención primaria abarca una serie de proveedores y servicios de salud aliados;³ por lo tanto, este artículo se enfoca en todos los profesionales de atención primaria, no sólo los médicos.

Barreras en la atención primaria

Conocimiento

En primer lugar, existen barreras de atención primaria debido a la limitada exposición académica, preparación y el conocimiento de los problemas de atención médica de LME.^{4,6,10} Brindar atención primaria efectiva requiere conocimiento médico de las LME y las condiciones secundarias que se presentan regularmente así como conocimiento del historial de salud previo a la lesión de un paciente con una LME.^{11,12} Las investigaciones han encontrado que los pacientes con una LME informaron que sus MAP no tenían conocimiento del impacto de la LME en su salud general.¹

Accesibilidad física

El acceso físico se centra en el entorno inmediato y circundante de la clínica. Dichas barreras incluyen estacionamiento, entradas, puertas, baños y equipos de diagnóstico médico, como balanzas, camillas de examen y equipos radiográficos, inaccesibles.¹³ Los equipos inaccesibles constituyen una barrera más frecuente que la accesibilidad del edificio, para la atención.¹² En 2010, la Ley de Asistencia Accesible incluyó disposiciones para enmendar la sección 510 de la Ley de Rehabilitación para abordar los estándares de acceso para el equipo de diagnóstico médico utilizado por los profesionales de la salud.¹⁴ En 2017, el Registro Federal publicó los estándares reglamentarios para garantizar que el equipo de diagnóstico médico sea accesible y utilizable por personas con discapacidades en la mayor medida posible.¹⁵ Desde junio de 2019, estas normas reguladoras siguen siendo el estándar de mejores prácticas y aún no han sido aplicadas por el Departamento de Justicia de EE. UU.

Política y accesibilidad procesal

La accesibilidad de políticas y procedimientos incluye la programación, el personal y los recursos administrativos.¹³ Es importante que los líderes de la oficina adopten la accesibilidad universal en torno a la

programación, personal y los recursos administrativos.¹² Para garantizar la seguridad del paciente y limitar las lesiones del personal, este último debe estar capacitado en métodos de cómo transferir pacientes con discapacidades y cómo usar adecuadamente el equipamiento accesible.¹²

Comunicación

Las investigaciones han encontrado que los pacientes con LME reportaron que el tratamiento grosero y degradante por parte del personal era una barrera que les impidió buscar atención.² Esto puede deberse al vocabulario utilizado. Las palabras transmiten la actitud de uno hacia un grupo. Incluso los profesionales médicos con buenas intenciones, influenciados por el modelo médico, pueden adoptar un estilo paternalista en lugar de colaborativo al tratar a personas con discapacidades. Pueden utilizar un lenguaje en el que describen a los pacientes por impedimentos (por ejemplo, parapléjicos) y no se dan cuenta de que las personas con discapacidad son las expertas en su propia condición y necesidades.

La comunicación es un factor clave en una relación exitosa entre los profesionales de atención y las personas con discapacidad. La mala comunicación de cualquier tipo, ya sea intencional o no, puede hacer que una persona se sienta marginada o deshumanizada. La comunicación no verbal puede ser igualmente, si no más, poderosa que la comunicación verbal. Voltar los ojos o una expresión facial de disgusto pueden tener un mayor impacto que las palabras y hacer que una persona con discapacidad se sienta despreciada. La comunicación al mismo nivel de los ojos, ya sea sentado o de pie, evita que se sientan menospreciados. Lo más importante es que todas las personas en el entorno de atención primaria deben comprometerse a usar vocabulario que le da prioridad a la persona, como “persona con discapacidad” en lugar de “persona discapacitada”, “personas con discapacidad” en lugar de “discapacitados” o “persona que usa una silla de ruedas “en lugar de” confinado a una silla de ruedas “o” atado a una silla de ruedas”.¹⁶ Los profesionales de atención deben hablar directamente con la persona con discapacidad en lugar de con alguien que los acompañe.

Actitudes y prejuicios

Los profesionales médicos no son inmunes a tener actitudes negativas sobre las personas con discapacidad. Tanto los prejuicios negativos (lástima o inferioridad) como los positivos (héroe o inspirador) pueden afectar las percepciones, la comunicación y la atención. Los

prejuicios pueden ser conscientes o inconscientes. Específicos para la atención primaria, los pacientes con LME informaron las nociones preconcebidas que tienen los médicos sobre lo que les está afectando, haciendo que éstas sean razones para realizar visitas de atención preventiva menos frecuentes.² Un ejemplo específico es cuando un profesional cree que las personas con discapacidad son asexuales o no están interesadas en el sexo y no iniciar una discusión de preocupaciones relacionadas con la sexualidad o el funcionamiento sexual. Los profesionales que atienden a grupos minoritarios raciales y étnicos que viven con LME también pueden estar sesgados por sus estereotipos y suposiciones (por ejemplo, falta de competencia cultural).¹⁷

Problemáticas para las minorías

La interseccionalidad se refiere a la forma en que una persona puede definirse a sí misma en relación a dos o más factores de opresión o marginación.¹⁸ Las personas con LME que enfrentan barreras como resultado de la discapacidad pueden experimentar cargas adicionales si también se identifican como miembros de otro grupo social marginado. Aunque las características de identidad de un MAP en relación con el paciente no siempre se aclaran, las investigaciones han demostrado que la interseccionalidad de ciertos grupos dentro de la población con LME, como las minorías étnicas y aquellos con un bajo nivel socioeconómico, tienen un riesgo desproporcionado de peores resultados que otros grupos.¹⁹ Las minorías étnicas; mujeres; y los grupos de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y transexuales (LGBT) experimentan disparidades en la atención médica que crean barreras para la atención. Las disparidades en la atención médica se atribuyen a factores como la educación, la vivienda, la nutrición y la calidad y el acceso a la atención médica, incluso para aquellos con seguro médico.²⁰

Minorías étnicas

Los resultados más pobres para las minorías étnicas incluyen un mayor riesgo de complicaciones secundarias como dolor y úlceras por presión²¹ y angustia psicológica.²² Factores como el racismo institucional (las políticas y los procedimientos que contribuyen a las disparidades raciales) pueden conducir a la discriminación institucional.¹⁷ Por ejemplo, las minorías reciben menor seguimiento de atención y tratamiento basado en lineamientos.¹⁷

Género y minorías sexuales

Las mujeres con LME informan tasas significativamente más bajas de atención de rutina y preventiva.¹ Por ejemplo, menos del 40% de las mujeres con LME informan haber recibido pruebas de Papanicolaou en los 3 años anteriores debido a la falta de accesibilidad.¹ Esto podría deberse a factores como la falta de atención en la salud reproductiva y ginecológica para mujeres con LME. Los profesionales de atención médica deben enfatizar la importancia de los procedimientos y exámenes ginecológicos de rutina. Los miembros de la comunidad LGBTTT pueden experimentar estigma, desigualdad, discriminación, falta de conocimiento por parte de los profesionales y rechazo de la sociedad o las personas. Estas experiencias les dificultan revelar la identidad de género u orientación sexual además de la discapacidad física.²³ Los profesionales a menudo pueden carecer de conocimiento para proporcionar servicios a personas con LME que se identifican como miembros de la comunidad LGBTTT.²⁴

Justicia social y profesionales de la salud

El concepto de justicia social funciona como una brújula moral que se puede utilizar para guiar el razonamiento y la acción en respuesta a las injusticias.²⁵ En esta perspectiva, es importante comprender que la sociedad crea muchas inequidades y, lo que es más importante, el conocimiento de que las sociedades pueden hacer algo diferente para fomentar la igualdad entre los grupos sociales.²⁵ Si bien muchos profesionales de atención médica se esfuerzan por hacer que sus prácticas sean accesibles, las personas con LME aún encuentran barreras para muchos servicios necesarios. Estas barreras son problemas de justicia social que las personas con LME, sus sistemas de apoyo y los profesionales de atención perciben cada vez más como inaceptables. La atención para eliminar esas barreras es fundamental para garantizar los derechos de acceso, no solo para las personas con LME sino también para todas las personas con discapacidad.

Como complemento de la legislación, como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA),²⁶ las Naciones Unidas (ONU) ofrecen numerosos instrumentos de derechos humanos que son relevantes para las barreras que enfrentan las personas con LME. El artículo 25 de la Declaración de Derechos Humanos de la ONU articula los derechos a una salud y bienestar adecuados, incluida la atención médica y los servicios

sociales.²⁷ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es quizás el instrumento de derechos humanos más completo en términos de su relevancia para el amplio espectro de barreras que enfrentan las personas con LME, ya que contiene numerosas referencias a los derechos a la salud, la rehabilitación y tecnología.²⁸ El derecho a la salud y el derecho relacionado a la ciencia en forma de tecnologías médicas accesibles son de suma importancia para el bienestar de las personas con LME. Un mayor entendimiento de los derechos humanos y de las personas con discapacidad por parte de los profesionales de la salud puede generar cambios significativos y eficaces en las políticas públicas para mejorar el cuidado de las personas con LME.²⁹ Una alianza entre las personas con LME y los profesionales de la salud ejemplifica el marco de justicia social en acción para lograr mejorar el acceso a tratamientos fuera de los centros especializados en LME.

Recomendaciones

Mejorar el acceso a la atención primaria para las personas con LME implica reconocer y abordar una variedad de barreras: accesibilidad física, accesibilidad de políticas y procedimientos, comunicación, conocimiento y actitudes y prejuicios. Estas barreras pueden afectar negativamente la atención y pueden manifestarse de manera diferente en cada clínica. En primer lugar, los profesionales deben realizar una evaluación de sus propias clínicas y áreas de tratamiento para identificar las barreras existentes con el fin de desarrollar un plan para mejorarlas con base en las siguientes recomendaciones.

Las guías y los recursos educativos de LME gratuitos y que se pueden buscar para la atención primaria pueden ayudar a abordar las brechas actuales de conocimiento y experiencia de LME. Los MAP deben tener en cuenta que la población con LME requiere atención especializada con atención particular a afecciones secundarias comunes, como disreflexia autonómica, problemas de vejiga / intestino, trastornos de la piel, complicaciones respiratorias, espasticidad y dolor.

El diseño de los consultorios médicos deben proporcionar vías de acceso sin obstáculos al evitar escalones, pendientes pronunciadas, alfombras de espesor profundo y superficies pulidas.¹² Esto incluye eliminar las barreras en las áreas de los pacientes para permitirles el espacio para girar en una silla de ruedas.¹²

Además, las clínicas deben adoptar los estándares de mejores prácticas para el equipo de diagnóstico médico, como camillas para tratamientos, equipo de exploración, sillas de examen, balanzas, equipo de mamografía y otros equipos de imágenes.¹²

Durante una visita inicial, se debe alentar a todos los pacientes a enumerar sus necesidades edilicias. Esto informará al personal y los guiará en la implementación de un plan de atención apropiado.¹² Las adaptaciones deben revisarse antes o al comienzo de la próxima visita del paciente y deben actualizarse según sea necesario. Los profesionales deben utilizar un vocabulario que se enfoque en la persona y ser conscientes de cómo el modelo médico de discapacidad afecta su percepción de las personas con LME. Los MAP deben realizar una autorreflexión para examinar sus prejuicios y actitudes hacia los pacientes con discapacidades y otras identidades que se cruzan. Los profesionales deben buscar mejorar su competencia cultural en el contexto de la discapacidad ampliando su conocimiento de los problemas de derechos humanos y la historia de la defensa de la discapacidad. Las referencias al final de este artículo son una excelente lista de lectura inicial.

Finalmente, abordar estas barreras requiere que los profesionales actúen como defensores en nombre de los pacientes con LME. Los profesionales deben esforzarse por comprender los problemas y hablar en apoyo de los cambios y mejoras necesarios. La voz de un profesional tiene un gran peso en las clínicas y la comunidad y en la creación de políticas de atención a la salud.

Resolución del caso

La Dra. Gold investiga sobre cuestiones relacionadas con el embarazo después de una LME y consulta con el fisiatra de la paciente. Se da cuenta de que no debe hacer suposiciones sobre la capacidad de la paciente para ser una madre con discapacidad, y no debe asumir que la paciente es una madre soltera. Se lamenta que nunca abordó el tema de la sexualidad y se da cuenta de que puede haber proporcionado una atención inadecuada. Ella decide apoyar a su paciente y proporcionarle recursos valiosos como el Proyecto para Padres con Discapacidad (<https://disabledparenting.com>). La Dra. Gold comienza a pensar en otros problemas asociados

con el embarazo, como el aumento de peso y las necesidades de la paciente de diferentes equipamientos médicos duraderos, asistencia adicional con su cuidado y equipo de movilidad. Ella también comienza a considerar el papel que puede desempeñar en ese proceso. Ella se da cuenta de que no tiene una báscula para sillas de ruedas en su clínica. La Dra. busca resolver el problema al tratar de ubicar una báscula para sillas de ruedas en otra clínica que su paciente pueda usar e intentar obtener una para su propia clínica. Finalmente, se da cuenta de que debería sentarse con su paciente en lugar de hablarle estando de pie.

Conclusión

Todos los MAP y profesionales han jurado defender el juramento hipocrático, que implica adoptar la justicia social para todos los pacientes. Las personas con LME dependen de la atención primaria como punto de entrada al sistema de atención médica y para la atención continua. Abogar por la justicia social e incorporarla requiere de un esfuerzo para abordar adecuadamente todas las barreras que impiden el acceso a una atención médica de alta calidad. Comprender estas barreras y tomar medidas para abordarlas mejorará los resultados de la atención médica para las personas con LME.

Puntos clave para llevar a casa

1. Mejorar el acceso a la atención primaria para las personas con LME implica trabajar para reducir todas las barreras: accesibilidad física, accesibilidad de políticas y procedimientos, comunicación, conocimiento y actitudes y prejuicios.
2. Las barreras pueden manifestarse de manera diferente en cada clínica. Los profesionales deben realizar una autoevaluación de las barreras en sus propias clínicas y recibir información de las personas con LME para desarrollar un plan para mejorarlas.
3. Comunicarse con un vocabulario que se enfoque en la persona.
4. Examinar nuestras actitudes y prejuicios sobre las personas con discapacidad.

Reconocimientos: Los autores reportan no tener conflicto de intereses

Bibliografía

1. Stillman MD, Frost KL, Smalley C, Bertocci G, Williams S. Health care utilization and barriers experienced by individuals with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(6):1114-1126. doi:10.1016/j.apmr.2014.02.005
2. Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: A qualitative inquiry. *Health Soc Care Community.* 2006;14(4):284-293. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00613.x
3. McColl MA, Aiken A, McColl A, Sakakibara B, Smith K. Primary care of people with spinal cord injury: Scoping review. *Can Fam Physician.* 2012;58(11):1207-1216.
4. McMillan C, Lee J, Milligan J, Hillier LM, Bauman C. Physician perspectives on care of individuals with severe mobility impairments in primary care in Southwestern Ontario, Canada. *Health Soc Care Community.* 2016;24(4):463-472. doi:10.1111/hsc.12228
5. Middleton JW, Leong G, Mann L. Management of spinal cord injury in general practice - part 1. *Aust Fam Physician.* 2008;37(4):229-233.
6. O'Day B, Dautel P, Scheer J. Barriers to healthcare for people with mobility impairments. *Manag Care Q.* 2002;10(3):41-51.
7. Bell LA. Theoretical foundations for social justice education. In: Adams M, Bell LA, Griffin P, eds. *Teaching for Diversity and Social Justice.* 3rd ed. New York: Routledge; 1997. doi:10.4324/9781315775852
8. Harley DA, Alston RJ, Middleton RA. Infusing social justice into rehabilitation education: Making a case for curricula refinement. *Rehabil Educ.* 2007;21(1):41-52. doi:10.1891/088970107805059850
9. Kelsey D, Smart JF. Social justice, disability, and rehabilitation education. *Rehabil Res Policy Educ.* 2012;26(2):229-239. doi:10.1891/216866612X664970
10. McColl MA, Forster D, Shortt SED, et al. Physician experiences providing primary care to people with disabilities. *Healthc Policy Polit Sante.* 2008;4(1):e129-147.
11. Bowers B, Esmond S, Lutz B, Jacobson N. Improving primary care for persons with disabilities: The nature of expertise. *Disabil Soc.* 2003;18(4):443-455. doi:10.1080/0968759032000080995
12. Donnelly C, McColl MA, Charlifue S, et al. Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: A comparison of three countries. *Spinal Cord.* 2007;45(1):25-36.
13. Lagu T, Iezzoni LI, Lindenauer PK. The axes of access — Improving care for patients with disabilities. *N Engl J Med.* 2014;370(19):1847-1851. doi:10.1056/NEJMs1315940
14. Public Law 111-148, 124 Stat. L. 119, 36 CFR Part 1195. Standards for Accessible Medical Diagnostic Equipment. Vol 36 CFR Part 1195; 2010. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2017-01-09/pdf/2016-31186.pdf>.
15. United States Access Board. Access Board Issues Standards for Medical Diagnostic Equipment. 2017. <https://www.access-board.gov/news/1874-accessboard-issues-standards-for-medical-diagnostic-equipment>.
16. United Spinal Association. Disability Etiquette: Tips On Interacting With People With Disabilities. 2015. <https://www.unitedspinal.org/pdf/DisabilityEtiquette.pdf>.
17. van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *Am J Public Health.* 2003;93(2):248-255. doi:10.2105/AJPH.93.2.248
18. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Crit Public Health.* 2008;18(3):271-283. doi:10.1080/09581590802294296
19. Fyffe DC, Botticello AL, Myaskovsky L. Vulnerable groups living with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2011;17(2):1-9. doi:10.1310/sci1702-01
20. Tucker CM, Ferdinand LA, Mirsu-Paun A, et al. The roles of counseling psychologists in reducing health disparities. *Couns Psychol.* 2007;35(5):650-678. doi:10.1177/0011000007301687
21. Saladin LK, Krause JS. Pressure ulcer prevalence and barriers to treatment after spinal cord injury: Comparisons of four groups based on race/ethnicity. *NeuroRehabilitation.* 2009;24(1):57-66. doi:10.3233/NRE-2009-0454
22. Krause JS, Saladin LK, Adkins R. Disparities in subjective well-being, participation, and health after spinal cord injury: A 6-year longitudinal study. *Neurorehabilitation.* 2009;(1):47-56. doi:10.3233/NRE-2009-0453
23. Kattari SK. "Getting it": Identity and sexual communication for sexual and gender minorities with physical disabilities. *Sex Cult.* 2015;19(4):882-899. doi:10.1007/s12119-015-9298-x
24. Burch A. Health care providers' knowledge, attitudes, and self-efficacy for working with patients with spinal cord injury who have diverse sexual orientations. *Phys Ther.* 2008;88(2):191-198. doi:10.2522/ptj.20060188
25. Hocking C. Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *J Occup Sci.* 2017;24(1):29-42. doi:10.1080/14427591.2017.1294016
26. Americans with Disabilities Act. *Americans with Disabilities Act of 1990, Pub. L. No. 101-336, 104 Stat. 328.* 1990.
27. UN General Assembly. *The Universal Declaration of Human Rights.* 1948.
28. UN General Assembly. *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* 2006.
29. Magasi S. Infusing disability studies into the rehabilitation sciences. *Top Stroke Rehabil.* 2008;15(3):283-287. doi:10.1310/tsr1503-283