

Una mirada interseccional sobre la accesibilidad a prestaciones y servicios públicos de salud para personas con discapacidad

An intersectional view on accessibility to benefits and public health services for people with disabilities

Sofía Povedano

Fecha de presentación: 30/04/22

Fecha de aceptación: 30/09/22

Resumen

El presente trabajo se propone analizar las condiciones de accesibilidad de las prestaciones y servicios públicos de salud orientados a personas con discapacidad, a partir de las vivencias y relatos de mujeres adultas con discapacidad. Desde una perspectiva interseccional, se pone en relación el género, clase, etnia, nacionalidad, edad y discapacidad para caracterizar las vulnerabilidades específicas que emergen de la conjunción de dichos factores. Se adopta una perspectiva relacional para pensar la accesibilidad a las políticas públicas, dando cuenta de cómo los circuitos del subsistema público de cobertura de salud construyen y/o refuerzan barreras para el acceso a servicios, cuidados y prestaciones.

Palabras clave

Discapacidad, salud pública, accesibilidad, interseccionalidad.

Abstract

This paper aims to analyze the conditions of accessibility of public health benefits and services aimed at people with disabilities, based on the experiences and stories of adult women with disabilities. From an intersectional perspective, gender, class, ethnicity, nationality, age and disability are related to characterize the specific vulnerabilities that emerge from the conjunction of these factors. A relational perspective is adopted to think about accessibility to public policies, accounting for how the circuits of the public health coverage subsystem build and/or reinforce barriers to access to services, care and benefits.

Keywords

Disability, public health, accessibility, intersectionality.

Introducción

El presente texto surge de la inserción profesional en un equipo territorial de un Centro de Salud y Acción Comunitaria –de ahora en más, CeSAC– ubicado en el barrio de La Boca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La conformación y funcionamiento de estos equipos se basa en el modelo de organización en salud propuesto por De Sousa Campos (1998) denominado equipos de referencia con apoyo matricial especializado. El modelo consiste en la organización de la población de una región o institución en diversos grupos, los cuales quedan cada uno bajo la responsabilidad de equipos de referencia. Dado que lo que nuclea a la población objetivo de estos equipos es la residencia en un mismo territorio, se trabaja sobre una compleja diversidad de cuestiones desde una perspectiva de salud integral. La intención es focalizar el análisis en torno a una de dichas temáticas, problematizada a partir de los procesos de intervención del trabajo social desplegados en el acompañamiento de mujeres adultas con discapacidad. En el marco de estas intervenciones, se registraron diversos obstáculos para el acceso y pleno ejercicio de derechos, de lo cual surge el interés por abordar analíticamente este tema.

El objetivo es analizar las condiciones de accesibilidad de las prestaciones y servicios públicos de salud, orientados a personas con discapacidad, a partir de las vivencias y relatos de mujeres adultas con discapacidad. Desde una perspectiva interseccional, se ponen en relación el género, la clase, la etnia, la edad, la nacionalidad y la discapacidad, para obtener una visión integral de las vulnerabilidades específicas que acontecen a esta población, y cómo las mismas se traducen en desigualdades en el acceso que debería garantizar el Estado a los distintos servicios.

La metodología seleccionada para la realización de este trabajo corresponde a una estrategia cualitativa, pertinente para abordar los fenómenos sociales estudiados desde la articulación entre el campo y la teoría. Para la elaboración del mismo se recurrió al análisis de diferentes tipos de registros. En primer lugar, de entrevistas individuales y familiares realizadas en el marco de consultas de seguimiento en la institución y en visitas domiciliarias a esta población, durante el período octubre 2020 - septiembre 2021. A su vez, se analizaron las historias clínicas de las mujeres con discapacidad en seguimiento por el equipo, a partir de lo cual se pudo reconstruir sus trayectorias de atención en diferentes dispositivos y efectores que integran el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.¹ Con la intención de implementar la perspectiva interseccional en la comprensión de los fenómenos analizados, durante el escrito se recuperan dos vivencias específicas de estas mujeres, cuyas historias, brevemente narradas por la autora, sintetizan algunos puntos claves del trabajo. Cabe mencionar que en dichas narraciones se ha tomado el resguardo ético de modificar los nombres y otras referencias que pudieran identificar a las mujeres, respetando la identidad de las mismas.

La relevancia en el abordaje de este tema radica en lo que, acorde a la perspectiva teórica, ética y política de la autora, se considera como la especificidad misma del Trabajo Social, es decir, la comprensión de la cuestión social y sus manifestaciones, como también la comprensión de las vivencias

¹Esto se debe a que el sistema público de salud de CABA cuenta con una historia clínica única electrónica para todos sus efectores.

de los sujetos sobre las mismas, a fin de dar luz a las condiciones de vida de los sujetos y grupos con los que se trabaja (Iamamoto, 2003). En sociedades capitalistas como esta, la atención de la salud se encuentra fragmentada en subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad social, lo que evidencia inequidades entre unos y otros, ya que “su fragmentación conlleva a considerar las demandas de cada subsector con distintas perspectivas, así como también, con distintos recursos” (Terreno y Villa, 2018:3). A lo largo de este trabajo se dará cuenta de los circuitos y recursos propios del sistema público en lo que respecta a la atención de la discapacidad, lo que expresa marcadas diferencias en las formas y tiempos de acceso a distintas prestaciones y servicios, debido al tipo de cobertura en salud.

Acerca de la discapacidad

Partiendo de la perspectiva de los estudios críticos sobre la discapacidad en América Latina, se entiende a la discapacidad como

una producción social e histórica moderna y colonial, inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad (...) enmarcada en un sistema de clasificación de sujetos inventado y reproductor de un orden hegemónico basado en relaciones de asimetría y desigualdad (Yarza et al., 2019:22).

Desde esta conceptualización, es posible entender que, en tanto categorías sociales y políticas, las concepciones en torno a la discapacidad fueron modificándose históricamente. Las sociedades abordaron esta temática desde distintas perspectivas, que a su vez dieron lugar a prácticas específicas. En este sentido, con el avance de la ciencia moderna surge el paradigma médico-rehabilitador acerca de la discapacidad, desde el cual se ubica el origen de la discapacidad en defectos biológicos o genéticos que alejan a sus “portadores” de los parámetros de normalidad establecidos por las ciencias médicas. El abordaje sobre la discapacidad se centra únicamente en la enfermedad, “resaltando las deficiencias que cada individuo presenta y su inadecuación al entorno” (COCEMFE, 2020:13). La discapacidad era vista como una patología y las prácticas que se promueven son de prevención y rehabilitación.

Durante las décadas de 1960-1970, surgen diversos movimientos sociales en países anglosajones que comienzan a cuestionar los abordajes vigentes en torno a la discapacidad, tendientes a la segregación y marginación de las personas con discapacidad. A partir de estos procesos de agencia surgen las primeras conceptualizaciones acerca de un modelo social de la discapacidad. A diferencia del modelo médico, centrado en la cura y la adaptación del individuo a su entorno, el modelo social pone énfasis en la rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad (Maldonado, 2013:110).

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, realizada en el año 2007. Se define la discapacidad como:

un concepto que evoluciona y que 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 los demás (Preámbulo, Inciso e), 2007).

De esta forma, el foco ya no se ubica exclusivamente en las personas en tanto déficit individual, sino en las formas en las que la estructura social limita o excluye a las personas con discapacidad. En este sentido, el abordaje de la discapacidad debe poner en consideración la influencia de distintas variables como el género, la edad, la clase social, la vivienda, las tradiciones y prácticas culturales, entre otras cuestiones. En síntesis, “no son las personas con discapacidad las responsables de su propia situación de exclusión. Son las barreras construidas por el resto de la sociedad, las que generan los verdaderos impedimentos para la igualdad de condiciones.” (Eroles, 2006:3)

La perspectiva interseccional, una herramienta de análisis

Si bien los avances en materia de igualdad de género comenzaron a disputarse mucho antes, fue en 1995, específicamente en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y Plataforma de Acción de Beijing, cuando tomó visibilidad y relevancia a nivel internacional la noción de gender mainstreaming o transversalidad de géneros. Según Dora Múnevar (2005) los múltiples usos político-educativos de la transversalidad de género emergen de considerar que “los saberes de género no están localizados en un punto fijo, sino que activan a otros saberes mediante vínculos y tránsitos transversales entre individuos o grupos. Por eso suele utilizarse la transversalidad para introducirlos y expandirlos hasta límites insospechados” (Múnevar, 2005: 45). Este enfoque propone transversalizar todas las acciones y políticas públicas con un enfoque de género. Ya en Beijing se definieron como áreas- objeto de transversalidad a la pobreza, la educación, la salud, la economía, el poder, la toma de decisiones, los medios de comunicación, la violencia y los derechos humanos. Sin embargo, Múnevar (2005) advierte acerca de una limitación en la materialización de este enfoque: la transversalidad es simplista en la medida que desconozca que la sociedad y las condiciones sociales están atravesadas por el género pero también por otras categorías sociales que, en su conjunto, agudizan las contradicciones. La autora enfatiza en la necesidad de reconocer “las identidades interseccionadas y las múltiples discriminaciones de los seres humanos, comenzando por las de las mismas mujeres” (Múnevar, 2020: 49). El diseño e implementación de políticas públicas debe incorporar, transversalmente, la variable género y todas las otras variables que son productoras de desigualdades “para la mejor comprensión de las complejas dinámicas sociales, en particular de grupos minoritarios cuyas experiencias de discriminación y subordinación solo pueden entenderse a partir de dichas intersecciones” (2018:160).

En este sentido, la perspectiva interseccional surge luego de años de debates dentro de los feminismos para dar respuesta a un problema, el de las exclusiones creadas por marcos teóricos que ignoraban las múltiples imbricaciones de las relaciones de poder (Viveros, 2016:5). Este concepto, formulado en primera instancia por Kimberlé Crenshaw para dar cuenta de las desigualdades y violencias que acontecían a las mujeres afroamericanas en Estados Unidos por su condición de género y raza, fue

ampliamente difundido y utilizado para analizar identidades y vulnerabilidades múltiples. Dentro del feminismo estructuralista, autoras como Hill Collins (2000) y Hancock (2007) entienden a la interseccionalidad como un paradigma, al considerar como supuesto básico que en todos los problemas y procesos políticos complejos está implicada más de una categoría de diferencia. Para las mujeres con discapacidad, las desigualdades no son simplemente la suma de la discriminación y desigualdad basada en el género y la discriminación y desigualdad por tener algún tipo de discapacidad. Desde la perspectiva interseccional, se entiende que la intersección de ambas categorías da lugar a un tipo específico de desigualdad. De esta manera, “la discapacidad es el resultado de la estructuración o jerarquización de nuestra sociedad, que elabora un patrón único de lo que considera física, sensorial, cognitiva o mentalmente como hábil, válido, normal y estándar, que se ve atravesado por los roles y relaciones de poder de género”(COCEMFE, 2020:46)

Ahora bien, el género y la discapacidad no son las únicas categorías sociales que hacen a la constitución de identidades y desigualdades para la población de mujeres analizada en este trabajo. Para obtener una comprensión más acabada de estas trayectorias, es necesario intersectar estas categorías con las de clase, etnia, nacionalidad y edad. De esta manera podrán entenderse también las vulnerabilidades que las atraviesan y las desigualdades resultantes de ello, específicamente en lo que respecta a este trabajo, en la accesibilidad a prestaciones y servicios públicos de salud.

Retomando la perspectiva del feminismo estructuralista, la interseccionalidad requiere abordar lo macrosocial en interrelación con sus expresiones en lo microsocioal. De esta manera, la noción misma de interseccionalidad debería aplicarse “cuando la articulación de opresiones considera los efectos de las estructuras de desigualdad social en las vidas individuales y se produce en procesos microsocioales” (Viveros, 2016: 6). A continuación, se recuperan dos vivencias de mujeres con discapacidad a fin de vislumbrar las expresiones individuales de la intersección de dichas relaciones de poder:

“F” es una mujer de 30 años oriunda de Perú. Cuando nació, le diagnosticaron parálisis cerebral. Sin redes vinculares en su país de origen, “F” y su madre emigraron a Argentina donde ya vivían sus abuelos y tíos. Se asentaron en el barrio de La Boca. Luego de 25 años de residencia en el país, “F” cumple los requisitos para solicitar una pensión no contributiva por incapacidad laboral. Esto le permitiría tener por primera vez un ingreso económico y obra social. Jamás asistió a dispositivos terapéuticos, educativos ni de rehabilitación de ningún tipo. En una de las tantas entrevistas con la trabajadora social, su madre comenta casi al pasar que ella fabrica pañales para “F”, (Nota de campo, entrevista a R, 12/01/2020) con remeras en desuso que le donan las vecinas del barrio, debido a que no tiene dinero suficiente para afrontar ese gasto.

“B” llegó hace unos meses al barrio de La Boca. Tiene 23 años y nació en la provincia de Misiones. A lo largo de su vida vivió de forma intermitente en casa de distintos familiares que la acogieron por cortos períodos de tiempo, sin asentarse en un lugar fijo. Nunca fue escolarizada. Cuando el equipo de salud conoció su situación a partir de ser un caso de covid positivo, no tenía DNI ni historia clínica dentro del sistema público de salud. A partir de entrevistas con familiares se pudo conocer que “B” no recibió atención médica durante su infancia y adolescencia, y carece hasta el momento de un diagnóstico clínico. Actualmente vive junto a una de sus hermanas en un conventillo que no cuenta con las

condiciones mínimas de habitabilidad que le permitan desplazarse por sus propios medios. Su hermana y cuidadora debe dejarla sola durante el día dado que, cuando no cuida a “B”, trabaja –de forma remunerada– cuidando a otros. Debido a eso, “B” pasa sus días mayormente en la silla de ruedas, mirando la tele.

Es desde la perspectiva interseccional que se puede comprender la compleja interrelación de vulneraciones que atraviesan estas vidas. Género, clase, etnia, edad, nacionalidad y discapacidad son categorías que se hacen cuerpo de manera singularizada en “F”, en “B” y en tantas otras mujeres con discapacidad que son usuarias del sistema público de salud. Desde esta misma perspectiva resulta fundamental revisar las formas en las que el sistema de salud genera -o no- condiciones de accesibilidad adecuadas para esta población.

(Re)pensar la accesibilidad

La noción de accesibilidad ha sido definida por Stolkner y Otros (2000) como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud, el cual es producto de las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos en cuestión. Desde esta perspectiva teórica se identifican a los sujetos/pacientes como actores sociales involucrados en la producción de accesibilidad, ya que “al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso” (Comes, 2006:202).

Desde los equipos territoriales del CeSAC, se realiza un seguimiento interdisciplinario de estas mujeres y sus familias, que asegura tanto el acceso a controles de salud periódicos como al abordaje de emergentes bio-psico-sociales que pudiesen surgir. El carácter relacional que hace a la accesibilidad puede observarse aquí de forma clara: situados en un primer nivel de atención, el vínculo sujetos/servicios es recíproco y se construye y mantiene a lo largo del tiempo. De esta forma, tiene lugar una modalidad específica de acceso y uso a los servicios (Mauro y Otros, 2006) donde la población encuentra en los equipos una referencia sostenida en el tiempo, correspondiente al modelo de atención planteado por De Sousa Campos (1998) mencionado previamente.

Dicho esto, considero oportuno reflexionar respecto a los alcances de la definición de accesibilidad así planteada. Mauro y Otros (2006) sostienen que “generalmente cuando se piensa en accesibilidad se lo hace como la posibilidad de ser atendidos (...) es decir el ingreso al sistema” (p.58) lo que los autores denominan como accesibilidad inicial. Ahora bien, a lo largo del acompañamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de estas mujeres van surgiendo otras necesidades y demandas más complejas de las que se pueden resolver en un primer nivel de atención. Es en este punto donde emergen diversos obstáculos para el acceso a lo requerido, lo cual me invita a recuperar la siguiente reflexión acerca de la idea de accesibilidad inicial: “¿con acceder a la consulta, es suficiente?, ¿qué pasa si se accede a la consulta pero no se puede acceder a la medicación por falta de recursos económicos?” (Mauro y Otros, 2006:58) Al respecto, los autores proponen una perspectiva de accesibilidad ampliada, la cual daría cuenta de todo el proceso que comprende la atención de la salud.

De esta manera, es posible registrar cómo se configuran barreras específicas para la accesibilidad a diferentes prestaciones y servicios especializados, barreras que se encuentran en intrínseca vinculación con las interseccionalidades de la población mencionada así como del tipo de cobertura en salud que poseen.

Acceso a pensiones no contributivas

Las pensiones no contributivas están destinadas a aquellas personas no amparadas por un régimen de previsión social, carente de recursos o familiares directos que puedan asistirlos. En materia de discapacidad, la población definida como destinataria de la pensión no contributiva por incapacidad laboral –de ahora en más, PNCIL– debe acreditar una disminución de 76% o más de la capacidad laboral y encontrarse en situación de vulnerabilidad social. Los requisitos para solicitar una PNCIL son: 1) tener menos de 65 años de edad; 2) ser argentina/o, nativa/o o naturalizada/o (con al menos 5 años de residencia continuada) o extranjera/o (con al menos 20 años de residencia efectiva en el país); 3) no percibir ningún beneficio del Estado (nacional, provincial o municipal); 4) no estar empleada/o en relación de dependencia ni registrada/o como autónoma/o – monotributista; 5) no tener ingresos o bienes a su nombre que permitan la subsistencia (requisito extensible al grupo familiar); 6) no tener parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para hacerlo y 7) no estar detenida/o a disposición de la justicia.

Ahora bien, los requisitos así planteados se vuelven excluyentes para quienes se encuentran contemplados como población destinataria de la prestación pero no cumplen con alguno de los requisitos enumerados. Este es el caso de “F”, quien por su condición de extranjera tuvo que esperar a cumplir 20 años de residencia efectiva en el país –comprobable en la fecha de radicación del DNI– para iniciar dicha solicitud. Esta mujer vive en Argentina hace más de 25 años, pero la familia no realizó los trámites de radicación hasta unos años después, por lo cual se le computaron oficialmente menos años de residencia en el país de los que tiene.

A su vez, la gestión misma de la PNCIL contempla un largo circuito de gestiones virtuales y presenciales que resulta poco claro al transitarlo, cuestión no menor, a la hora de promover la accesibilidad de personas con discapacidad. La información disponible respecto a los trámites necesarios se contradice entre agencias de gobierno nacionales y locales, constituyéndose en obstaculizadores para la población solicitante. Un caso ejemplar de esto es el Certificado Médico Oficial –CMO– que las personas necesitan obtener luego de iniciar el trámite administrativo de la PNCIL. Por un lado, la página web de ANSES indica que quienes residen en la Ciudad de Buenos Aires deben solicitar el turno vía mail a una casilla de correos específica y concurrir el día indicado al CEMAR I ubicado en el barrio porteño de La Paternal. Por otro lado, en la página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires figura que los turnos se gestionan telefónicamente llamando al número 147 o de manera virtual a través del portal de turnos del Gobierno de la Ciudad –desde ahora, GCBA–, y que el certificado se realiza en el Hospital de Oftalmología Santa Lucía, en el barrio de San Cristóbal. Vale mencionar que estas contradicciones en la información respecto a los circuitos de gestión no solo aparecen en las páginas web previamente mencionadas. Al

consultar respecto a esta cuestión en la oficina de ANSES más cercana al CeSAC, se transmite a las personas que deben solicitar el turno por mail, aunque el mismo se encuentra en desuso desde el inicio de la pandemia covid-19. A su vez, al intentar gestionar un turno a través del 147 como indica la página del GCBA, el operador de la línea desconocía el trámite en cuestión y aseguraba que no se gestiona por esa vía. Luego de intentar por mail y teléfono, también se presentaron serios obstáculos para el acceso a turnos por el portal web del GCBA, no sólo porque muy pocas pacientes tienen casilla de mail y acceso a internet, sino por el propio funcionamiento del sistema de gestión, que no permite el uso de casillas de correo institucionales (por ejemplo, el correo del equipo de salud) más de una vez. Es decir que el equipo solo pudo gestionar un turno a través de su correo, y el resto de las veces requirió citar a las personas presencialmente para crearles un correo, para luego iniciar todas las gestiones anteriormente descritas.

Otra cuestión no menor son los tiempos que conlleva todo el proceso de solicitud y otorgamiento de una PNCIL. Acorde a los acompañamientos realizados para dichas gestiones, una vez cumplidos los requisitos para la solicitud y sorteados los obstáculos para la adjudicación del primer turno, el proceso de otorgamiento demora, como mínimo, un año. Esto repercute especialmente en las personas en situación de extrema vulnerabilidad social, que se encuentran a la espera de los ingresos y la cobertura de salud que les otorga la PNCIL para cubrir sus necesidades básicas.

Acceso a servicios especializados

Lejos de ser una cuestión accesorio, la necesidad de cuidados es una parte central en la vida de las personas con discapacidad. La posibilidad de acceder a servicios especializados –asistenciales, terapéuticos o de rehabilitación – mejora la calidad de vida y configura, a la larga, distintas trayectorias de salud. El acceso a estos servicios se constituye como un determinante social de la salud. En lo que respecta a las mujeres con discapacidad, la relación entre salud, dependencia y cuidados, necesariamente debe ser abordada desde un doble enfoque: en primer lugar, analizando desde la perspectiva de género

cuáles son las necesidades específicas de cuidados de las mujeres con discapacidad, y cuáles son sus especiales vulnerabilidades y barreras. A lo que hay que sumar, como factor de intersección, el nivel económico que determinará las posibilidades de la mujer de acceder a servicios especializados de cuidados. (COCEMFE, 2020: 67)

Resulta de sumo interés detenerse en este último punto y señalar la centralidad que adquiere el factor clase a la hora del acceso a servicios especializados.

En Argentina, el circuito principal de ingreso a centros terapéuticos y de rehabilitación para personas con discapacidad es a través de la cobertura de obras sociales y prepagas. Si bien la Ley N° 24.901 establece en su art. 4 que “las personas con discapacidad que carecieran de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente

norma, a través de los organismos dependientes del Estado”, las personas con cobertura pública de salud deben transitar un extenso recorrido de gestiones y articulaciones interinstitucionales para acceder a estos servicios –si es que lo logran–.

Dentro de las políticas y acciones del Estado en materia de discapacidad, se encuentra el Plan Federal Incluir Salud de la Agencia Nacional de Discapacidad, que permite el acceso a una cobertura médico asistencial a los titulares de una PNCIL. En materia de servicios especializados, el programa cubre las modalidades prestacionales de los Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos y Servicios de Rehabilitación, Integración Escolar y Estimulación Temprana. Sin embargo, estas mismas prestaciones no se encuentran contempladas dentro de los “Servicios del Estado para personas con discapacidad”² listados por la misma agencia de gobierno. Es decir, que si bien para la población de referencia sería beneficiosa su inserción en dispositivos de cuidados especializados, al no contar con obra social ni tener todavía otorgada la PNCIL, quedan atrapadas en un limbo entre lo que establece la legislación en materia de discapacidad y los recursos estatales existentes. A modo de ejemplo, en el documento “Cartilla de información y accesibilidad a los derechos de las personas con discapacidad” se menciona que: “Si tenés una discapacidad, tenés derecho a tener un asistente personal, una persona de apoyo o acompañamiento terapéutico para ayudarte en el ámbito domiciliario y en el proceso de inclusión familiar, social, educativa, comunitaria y laboral.”(2014: 4) Sin embargo, al intentar gestionar dichos apoyos para las mujeres referenciadas al equipo de salud, me encontré sin ningún tipo de respuesta por parte del organismo supuestamente encargado de otorgar este recurso para las personas con cobertura pública de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

“¿Sabés lo que cuesta sacarla de casa?” El hábitat y la vivienda como condicionantes de la accesibilidad

El barrio de La Boca pertenece a la Comuna N° 4 de la Ciudad de Buenos Aires, la cual según el último ASiS (2016) duplica los valores de hacinamiento crítico del resto de la ciudad y se caracteriza por una mayor predominancia de viviendas consideradas precarias, especialmente del tipo inquilinatos, conventillos, piezas de hotel y pensiones. Según el “Informe sobre la situación habitacional de la Ciudad de Buenos Aires” realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2015, este tipo de viviendas se ubica en propiedades divididas en piezas, en las que sus habitantes generalmente comparten el baño y la cocina. Son edificios multifamiliares que “se caracterizan por los elevados índices de hacinamiento y por las pésimas condiciones de habitabilidad y salubridad en que se encuentran, en particular, la carencia de servicios básicos, la falta de iluminación y ventilación adecuada, la humedad, las filtraciones, el deterioro edilicio y las unidades sanitarias en mal estado.” (2015: 6). A su vez, sus habitantes se encuentran expuestos/os a situaciones constantes de riesgo debido a los deterioros estructurales de las construcciones, especialmente las escaleras y balcones.

² Consultado el día 13/7/2021 <https://www.argentina.gob.ar/andis/servicios-del-estado-para-personas-con-discapacidad>

Se me complica mucho. En la pieza que alquilo pierde agua la pileta de la cocina, el baño también. Estoy viendo qué hacer, arreglarlo me sale muchísima plata que no tengo y la dueña no lo va a pagar... El agua cae abajo, donde están todos los cables, es un peligro. Se quemó la casa de al lado y casi se me quema la mía... está todo muy complicado”. (Nota de campo, Entrevista a “A” – cuidadora de “S”- 22/7/2021)

La Organización Mundial de la Salud define las barreras como “factores del entorno de una persona que, cuando están ausentes o presentes, limitan el funcionamiento y crean discapacidad” (2001:209). En este sentido, las condiciones de las viviendas donde habitan estas mujeres se convierten en barreras físicas en tanto obstáculos que les impiden el libre desplazamiento y desarrollo. Situaciones tales como vivir en un segundo piso por escalera utilizando una silla de ruedas, sin contar con los apoyos suficientes para desplazarse, limitan toda posibilidad de movilizarse con un mínimo grado de autonomía.

Estas cuestiones son estructurantes a la hora de planificar estrategias de intervención, ya que se convierten en impedimentos que terminan frustrando líneas de acción consideradas esperables o adecuadas para una persona con discapacidad. A modo de ejemplo, luego de diversas gestiones se consiguió la evaluación e ingreso de una de estas mujeres a un hospital público de rehabilitación. El equipo de salud consideró esto como un logro, sin embargo, cuando llegó el día del turno, la mujer no concurrió y se perdió la posibilidad de evaluación para dicha admisión. Al comunicarse con su hermana y cuidadora, la misma planteó: “¿sabés lo que cuesta sacarla de casa?... Tengo que contratar un remis para llevarla y pagarle al señor, que ya lo conozco y me ayuda, para que la baje a upa”. (Nota de campo, entrevista a “A” – cuidadora de “S”, 18/3/2021). En dicho contexto, la sola asistencia a un turno implica toda una estrategia que involucra a varias personas, tiempo y dinero. Si no están garantizados ciertos soportes de asistencia y traslado, como es el caso de quienes cuentan con cobertura pública de salud, la sola idea de asistir a un centro de día o incluso a un dispositivo de rehabilitación semanal, parece imposible en estas condiciones.

Eso que llaman amor... es trabajo no pago

La distribución social de los cuidados se encuentra históricamente estructurada de manera inequitativa entre los distintos actores sociales (Estado, mercado, familias), “recayendo mayoritariamente sobre las familias y dentro de estas sobre las mujeres, personas travestis y trans u otras identidades feminizadas asociadas a “naturales cuidadores”, repercutiendo en el desarrollo vital, los trayectos formativos y laborales de estas personas”. (Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, 2020:6) Partiendo de esta realidad, desde una perspectiva interseccional es posible observar cómo los cuidados también se distribuyen inequitativamente para las mujeres, entre aquellas que pueden acudir al mercado para tercerizar estas tareas en otras –mujeres u otras identidades feminizadas–; y aquellas que no cuentan con los recursos necesarios para garantizar los cuidados por esa vía pero tampoco pueden cubrir dichas necesidades a través de dispositivos a cargo del Estado. Este último escenario es el de las cuidadoras de

las mujeres con discapacidad vinculadas al CeSAC. Algunas jefas de hogar, otras amas de casa, todas a cargo del cuidado de sus familiares –hijas, hermanas, sobrinas– con discapacidad pero también responsables de la crianza y cuidado de otros –hijos, nietos–, miembros de hogares con necesidades básicas insatisfechas, que residen en viviendas en condiciones de emergencia habitacional. “Yo le di mi vida... Todo lo que hice fue cuidarla, sola. No tenía a nadie...” (Nota de campo, entrevista a M - cuidadora de “J”- 10/5/2021).

Los procesos de intervención desplegados en la temática permiten sostener que, tal como se mencionó en la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado “las mujeres más pobres tienen más demandas de cuidados y menos posibilidades de resolverlas si el Estado no lo garantiza” (2020:7). En lo que respecta a este trabajo, las barreras en la accesibilidad previamente mencionadas hacen que todas las demandas de cuidado que necesita una persona con discapacidad recaigan exclusivamente en estas mujeres, quienes no solo no pueden satisfacer dichas necesidades en su totalidad sino que ven afectada su propia salud física y emocional en este devenir. “Estoy re mal, con muchos dolores y no puedo levantar peso. No sé cómo hacer con “J”... me tengo que cuidar un montón ahora” (Nota de campo, entrevista a M - cuidadora de “J”- 26/7/2021).

Conclusiones

Lo expuesto en este trabajo recupera algunos de los interrogantes y reflexiones que fueron surgiendo a lo largo de un año de trabajo en un CeSAC de la zona sur de la CABA. Se propuso como objetivo analizar las condiciones de accesibilidad de las prestaciones y servicios públicos de salud orientados a personas con discapacidad. Dicho análisis se realizó a partir de vivencias y relatos de mujeres adultas con discapacidad, en un intento por visibilizar esas vidas y los diversos atravesamientos que en ellas se conjugan. En este sentido, considero central la categoría de interseccionalidad para analizar de manera integral trayectorias atravesadas por vulneraciones de múltiple origen, como es el caso de las personas sobre las cuales se basa este trabajo. De esta manera, la perspectiva interseccional resulta fundamental para dar cuenta de las trayectorias de accesibilidad de estas mujeres, dado que permite vislumbrar la compleja trama de condiciones y soportes necesarios para el acceso, y cómo la falta de los mismos, o más bien, la falta de respuesta por parte de las políticas públicas ante dichas faltas, repercute en la accesibilidad a prestaciones, cuidados y tratamientos requeridos para mejorar la calidad de vida.

Lista de referencias

- Comes, Y. y Otros (2006). “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 201-209, Universidad de Buenos Aires.
- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica- COCEMFE (2020): “Manual básico sobre género y discapacidad.” Recuperado de: <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2020/06/COCEMFE-manual-genero-discapacidad.pdf>

- Congreso de la República Argentina (2008). *Ley 26.378, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.
- Congreso de la República Argentina (1997). *Ley 24.901 Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad*. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015). *Informe sobre la situación habitacional de la Ciudad de Buenos Aires*". Recuperado de: <https://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/SituacionHabitacional-1.pdf>
- De Sousa Campos, G.(1998). *"Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Un ensayo sobre la reorganización de trabajo en salud"*. Recuperado el 28 de abril de 2022 de: <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>
- Eroles, C. (2006). *"Discapacidad: el enfoque de derechos humanos."* Boletín Electrónico Surá N°123, Escuela de Trabajo Social - Universidad de Costa Rica.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2016): *"Análisis de situación de Salud"* Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>
- Iamamoto, M. (2003). *"El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional."* Cortez Editora.San Pablo, Brasil.
- Maldonado, A. (2013). *"El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos"*. Bol. Mex. Der. Comp. [online]. 2013, vol.46, n.°13
- Mauro, M, Solitario, R, Garbus, P y Stokiner, A. (2006). *"La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años."* XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020). *"Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros"*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2014) *"Cartilla de información y accesibilidad a los derechos de las personas con discapacidad"*. Recuperado de: http://www.jus.gob.ar/media/2901519/cartilla_de_informacion_y_accesibilidad_a_los_derechos_de_las_personas_con_discapacidad.pdf
- Munévar, D. (2005) *"Transversalidad de género. Una estrategia para el uso político-educativo de sus saberes"*. Revista de Estudios de Género n.° 21, 2005, pp. 44-68 Universidad de Guadalajara, México.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *"Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud"*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;sequence=1
- Pineda, J. y Luna Ruiz, A. (2018). *"Intersecciones de género y discapacidad. La inclusión laboral de mujeres con discapacidad."* Revista Sociedad y Economía, n.° 35, pp. 158-177.

- Stolkiner, A. (2000). "Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En Dominguez Mon, Ana et al.: "La salud en crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales", Ed. Dunken . Buenos Aires.
- Terreno, M. y Villa, M. (2018). "Acceso a la salud y enfermedades crónicas." Tesis de grado no publicada. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Viveros, M. (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación" Revista Debate feminista, n.º 52, pp.1-17.
- Yarza, A. et al. (2019) "Ideología de la normalidad: un concepto clave para comprender la discapacidad desde América Latina" en Ramirez, B; Sosa y Yarza, A (coordinadores): "Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina" - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

Cita recomendada

Povedano, S. (2022). Una mirada interseccional sobre la accesibilidad a prestaciones y servicios públicos de salud para personas con discapacidad. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 6 (11). 186-198. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/39220> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

Sofía Povedano

Argentina. Licenciada y Profesora en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Residente de Trabajo Social de un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: sofiapovedano@gmail.com