

El acceso a la salud de las personas con discapacidad: reflexiones desde Atención Primaria

Access to Health System for People with Disabilities: Reflections from Primary Care

Agustina Rivello

Fecha de presentación: 16/11/23

Fecha de aceptación: 04/03/24

Resumen

El presente trabajo, que surgió en el marco de la Residencia de Trabajo Social de CABA, tuvo como objetivo analizar las percepciones y representaciones de los trabajadores de un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires sobre las personas con discapacidad que se atienden allí. Como instrumento para recabar datos se realizó un total de 33 encuestas anónimas, en mayo 2023. Además, se utilizó la observación de los espacios de trabajo, búsqueda de bibliografía y estadísticas. El trabajo se estructuró en los siguientes ejes según lo expresado en las encuestas: invisibilización de las barreras; intersección entre discapacidad y pobreza; precarización laboral y falta de capacitación; familiarización de los cuidados y la exigencia de políticas públicas en discapacidad. Todos ellos como analizadores sobre las posibilidades de acceso a la salud de las personas con discapacidad.

Palabras clave

Centro de salud; discapacidad; barreras; política sanitaria; política pública.

Abstract

This work arose within the framework of the CABA Social Work Residency. The objective of this study was to analyze the perceptions and representations of the workers of a health center in the City of Buenos Aires about the people with disabilities who are treated there. As an instrument to collect data, a total of 33 anonymous surveys were carried out in May 2023. In addition, observation of work spaces, bibliography search and statistics were used. The work was structured around the following axes as expressed in the surveys: invisibility of barriers; intersection between disability and poverty; job insecurity and health reform; the familiarization of care and the demand for public policies on disability. All of them as analyzers of the possibilities of access to health for people with disabilities.

Keywords

Healthcare center; disability, barriers, health policy, public politics.

Introducción

El presente trabajo final se realiza en el marco del tercer año de la Residencia de Salud de Trabajo Social, luego de la realización de una rotación de tres meses en la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS) dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y de la posterior reinserción en un centro de salud de CABA. Tiene que ver con el interés en reflexionar sobre los obstáculos e invisibilización de las personas con discapacidad en el sistema de salud de CABA, que dificulta el acceso al mismo.

Como iré mostrando a lo largo del escrito, la discapacidad es un concepto en constante disputa, construido histórica y políticamente a lo largo del tiempo y eje de debates. Así, “Las formas de nombrar a la discapacidad se estructuran en las condiciones discursivas, socioculturales, políticas y económicas (...) donde las líneas demarcatorias entre “normal/anormal” trazan caminos en cómo ser, estar y quedar reconocido en y por cada sujeto en sociedad.” (CLACSO, 2019, p. 22).

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” (OMS, 2001, p.209). Quienes teorizan desde los estudios críticos de la discapacidad refieren que es necesario aportar una mirada interseccional, incluyendo “(...) etnia, edad, clase, sexualidad, y género, que impactan en la experiencia de la discapacidad” (Shildrick, 2012, p.33). Las personas con discapacidad se enfrentan a múltiples barreras para acceder al sistema de salud: dificultad para sacar turnos, acceder a diagnósticos y terapias, falta de trabajadores, precarización laboral, etc.

Este concepto se relaciona con el de accesibilidad, definida por Stolkiner 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.

Iré desgranando los aportes y debates de estas teorías en los siguientes apartados, ya que entre estas miradas coexisten quienes piensan a las personas con discapacidad como: sujeto de beneficencia, de asistencia o de derecho; estas ideas se entremezclan e influyen en las intervenciones de quienes trabajan en la salud, en las vidas cotidianas de las personas con discapacidad y sus familias. Tomaremos esta categoría conceptual para dar cuenta de cómo se construyen las representaciones de profesionales de quienes traeré sus voces en este escrito.

Analizaré específicamente el acceso a la salud de las personas con discapacidad desde un centro de salud situado en el barrio Padre Ricciardelli (ex villa 1-11-14). Sus habitantes cuentan con condiciones de vida de una alta vulnerabilidad socioeconómica. La preocupante situación habitacional de este barrio conlleva múltiples obstáculos y barreras físicas a las que se enfrentan cotidianamente las personas con discapacidad. También encuentran dificultades para acceder a educación, a un trabajo remunerado, a una vivienda digna y accesible y por tanto a condiciones de vida dignas. Estas situaciones significan la vulneración de sus derechos, como poder participar de la sociedad en igualdad de condiciones. ¿Cuáles son las políticas públicas para promover una real inclusión?

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010) en CABA el 8% de la población tiene alguna discapacidad, y en el 16% de los hogares reside al menos una persona con discapacidad. Las más

frecuentes son físicas (33,8%), sensoriales (29,2%), intelectuales (19,9%), múltiples (10,2%), psicosociales (6,3%) y motoras (0,6%).

Según el informe realizado por la Dirección General de Censos y Estadísticas de la Ciudad de Buenos Aires (2017), se estima que sólo el 50% de las personas con discapacidad que necesitan servicios de rehabilitación en la Ciudad de Buenos Aires tienen acceso a ellos. El mismo informe indica que la falta de acceso a servicios de rehabilitación puede deberse a factores como “[...] la falta de oferta de servicios, la distancia a los centros de atención, la falta de recursos para pagar los servicios y la falta de información sobre los servicios disponibles”. Este es solo un ejemplo visible de la falta de políticas públicas entre muchas situaciones que aportan a estas dificultades de acceso.

Al empezar a pensar en esta problemática me preguntaba: ¿cuántas personas se acercan al centro de salud para demandar atención, diagnóstico y terapias? ¿Qué sucede específicamente en las villas? ¿Cómo se entrecruza su acceso al sistema de salud con la vulnerabilidad socioeconómica y habitacional de estas personas?

La elección del centro de salud como lugar de análisis refiere al interés profesional de poder desarrollar y pensar el acceso de las personas con discapacidad desde la atención primaria de la salud. A su vez, se analiza como un tema poco explorado, del cual hay un amplio campo para trabajar y sobre todo para reflexionar, demandar, y exigir políticas públicas acordes.

Enfoque metodológico

Para desarrollar el presente trabajo se realizaron encuestas anónimas a trabajadores de un centro de salud de CABA a los fines de conocer sus percepciones. Para poder situar el análisis en un territorio determinado es fundamental comprender que no son iguales las posibilidades de acceso a la salud de las personas con discapacidad en la zona norte o en la zona sur de la ciudad, como tampoco es igual el acceso a la salud de las personas que viven en villas o de quienes viven en barrios privados.

La propuesta de este trabajo tiene como objetivos de conocimiento poder analizar, reflexionar y problematizar las percepciones de los trabajadores del centro de salud. A partir de esto, poder visibilizar y sensibilizar sobre esta población, sus barreras, derechos, y dificultades en la accesibilidad al sistema público de salud.

Luego, el objetivo de intervención implicará compartir el análisis de estas respuestas a los trabajadores, para ponerlos en común y trabajar sobre lo que falta y sobre lo que hay posibilidades de modificar desde nuestros lugares de trabajo cotidianos pero también como recurso para comprender lo que es necesario exigir y reclamar desde el sistema público de salud, como actor social fundamental en el acceso a la salud de las personas con discapacidad.

Los datos se recabaron mediante la herramienta *Google Forms*, de manera anónima, y sin distinguir entre profesionales o administrativos. Es decir, la totalidad de quienes trabajan en el centro de salud. Se obtuvieron 33 respuestas entre quienes participaron: trabajadores sociales, profesionales de la psicología, de la enfermería, de la ginecología, nutricionistas, médicos y médicas generalistas, pediatras, obstetras y personal administrativo. La variedad y heterogeneidad de las tareas diferenciadas dentro del

centro de salud se tradujeron en múltiples miradas y perspectivas: no existió un consenso ni un sentido común sobre las mismas.

Las preguntas fueron:

- ¿Atendés personas con discapacidad en este centro de salud? Si/No
- ¿Cuál es el tipo de discapacidad que más atendés? Física/sensorial/intelectual/mental
- En cuanto a este CeSAC en particular: ¿ves alguna barrera u obstáculo para que puedan atenderse en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad?
- ¿Cuál suele ser su situación cuando llegan al CeSAC? Sin diagnóstico/En proceso de diagnóstico/Con diagnóstico.
- En general ¿cuáles crees que son las mayores dificultades en la atención y acceso a la salud de las personas con discapacidad?
- ¿De qué manera crees que podrían resolverse estas dificultades?
- ¿A dónde derivás si necesitan tratamiento? ¿Con qué organismos solés articular?

Las preguntas realizadas tuvieron que ver, en un primer momento, con dar cuenta acerca de si existe o no una visibilización sobre la cantidad de personas con discapacidad que se atienden en el centro de salud, ya que las respuestas fueron comparadas con datos estadísticos de ese centro. Por otro lado, las preguntas relacionadas a las barreras pretendieron descubrir si los trabajadores podían reconocer en su espacio de trabajo ciertos obstáculos que no permitan el acceso a la salud en igualdad de condiciones. A su vez, conocer el estado general diagnóstico de quienes se atienden, pensando en la situación al arribar al centro de salud. Las últimas preguntas relacionadas a cómo se podrían resolver las dificultades y obstáculos intentaron aproximarnos a encontrar caminos futuros a los cuales apuntar.

Por último, es importante aclarar que esta investigación se realizó durante el año 2023 en un contexto socioeconómico, político y social preocupante. INDEC calculó una inflación de índices de precio al consumidor anual de 211,4% (INDEC, 2024), comparado a un índice de salarios que estimó un aumento de 152,7% anual (INDEC, 2024). A su vez, la tasa de empleo durante 2023 fue de 45,5% (INDEC, 2024).

En los siguientes apartados me dedicaré a englobar las respuestas en diversos ejes de análisis.

Invisibilización de las barreras

Para introducir este apartado primero será necesario definir algunos de los debates que confluyen en este campo de análisis. El modelo social de la discapacidad la define como:

La deficiencia —o diversidad funcional— sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional vivir una vida en sociedad. (Palacios, 2008, p.130).

Entiende la misma como un “[...] concepto bio-psicosocial donde se toman en cuenta dos circunstancias fundamentales: la alteración funcional en la salud de la persona (puede ser de índole mental, sensorial, visceral, motora) y la desventaja en la integración social” (Seda, 2016). Estas desventajas son ocasionadas por las barreras que impiden la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Dicha perspectiva se contrapone con el modelo rehabilitador desde el que se pensaba anteriormente la discapacidad, que la entendía como una patología individual, un destino biológico ineludible.

De esta manera, el modelo social se propone poder hacer foco e intentar reducir estas barreras para poder lograr una verdadera inclusión, ya que entendemos que no son las personas “discapacitadas” sino que son los contextos los que son “discapacitantes”. Las barreras del entorno se definen como barreras físicas —obstáculos estructurales que impiden o bloquean la movilidad o el acceso—; barreras comunicacionales —obstáculos para lograr la comprensión de los mensajes que se intentan transmitir— y barreras sociales, referidas a acciones conscientes o inconscientes que las personas, grupos y autoridades realizan y que afectan la vida de las personas con discapacidad. Las barreras sociales se relacionan con los prejuicios y la discriminación.

Sobre este modelo, varios autores, desde la corriente de los “estudios críticos de la discapacidad” intentan llevar el análisis un poco más allá incorporando

El análisis del cuerpo como agente, las experiencias, los sentidos otorgados a la deficiencia, la interseccionalidad sexo-genérica, socioeconómica, étnica y regional, y la importancia del discurso para comprender las formas específicas de opresión y resistencias que encuentran las personas denominadas con discapacidad en la lucha por sus derechos y autonomía (Venturiello y otros, 2022, p.22)

En este sentido, se debe comprender cómo estas dimensiones se entrelazan con una mirada interseccional de género, etnia y clase social.

Se le debate además al modelo social la idea de la “normalidad”, al realizar críticas a la definición de discapacidad vinculada al déficit. “Apropiarnos de la discapacidad como constructo teórico y potente nos supone, también, la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural y naturalizado, por lo que hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” del cuerpo Uno (único)” (Rosato y Angelino, 2009, p. 31).

Realizadas estas salvedades, una de las preguntas de la encuesta tuvo que ver con consultar acerca de las barreras de acceso con las que se encontraban las personas con discapacidad en el CeSAC. Al respecto, sorprende que el 60% respondió que no existen barreras para su acceso igualitario; preocupa el alto porcentaje de trabajadores que refieren que no existen las mismas, lo que denotaría una falta de problematización sobre la situación. Esto puede deberse a que la discapacidad es una temática invisibilizada, sobre la que se habla poco. Muchas de las barreras en el CeSAC son físicas y comunicacionales, entre las que podemos nombrar:

- Disposición de escritorios que dificultan el ingreso a un consultorio en caso de contar con apoyos como sillas de ruedas o bastones. Existe la posibilidad de que soliciten ayuda para poder pasar correctamente, pero esto indica que el consultorio no es accesible para su libre y autónomo movimiento por el espacio.
- No existe prioridad en la atención, no se les llama antes que el resto. En muchas oportunidades son esperas largas difíciles de sostener. Es por este motivo que en general quienes realizan la fila fuera del CeSAC para atención por demanda espontánea son familiares o cuidadores, quienes luego deben regresar a buscarlos para traerlos de vuelta a su atención.
- Mostradores altos en la farmacia, se solicitan los medicamentos sin llegar siquiera a ver a quien se está atendiendo. La imposibilidad de realizar esta conexión visual y la importancia que ello tiene en la construcción de la subjetividad e identidad de las personas.
- Sillas, balanzas y elementos médicos en los pasillos que actúan como obstáculos y que limitan la posibilidad de manejar de manera sencilla sus elementos de apoyo.
- No hay trabajadores ni trabajadoras que sepa lenguaje de señas. No hay ningún cartel en Braille, tableros de comunicación, ni posibilidad de comprender indicaciones, en caso de ser una persona sorda o ciega. En los casos en los que esto ocurrió, la solución para poder comunicarse de la mejor forma tuvo que ver con la buena predisposición de quienes trabajan, que pensaron herramientas artesanales para resolverlo.

En cuanto a las barreras sociales, son difíciles de percibir debido a que tiene que ver con opiniones o pensamientos que circulan en la sociedad y que actúan como obstáculos desde lo simbólico. Entre las personas encuestadas no existieron respuestas que pudieran encajarse en este tipo de barreras.

Discapacidad y pobreza

Las personas con discapacidad que viven, habitan y transitan el barrio Padre Ricciardelli se enfrentan cotidianamente a barreras habitacionales y arquitectónicas al vivir en una de las villas más grandes de la Ciudad de Buenos Aires. Además, el porcentaje de personas con discapacidad que viven en zonas vulnerables es mayor al del resto de la ciudad:

[...] la distribución geográfica muestra diferencias destacables. Al ser el promedio de hogares de la ciudad con presencia de discapacidad el 21.3% del total de los hogares, la zona sur —más pobre y desfavorecida que las centro y norte—, concentra la mayor proporción (30%).

(Pantano, 2015, p.54)

La Encuesta de Condiciones de Vida Familiares (Pantano; 2015) realizada en 2012 indica que del total de hogares de las villas que se consideraron en la muestra, el 35% alberga al menos un miembro con discapacidad, superando también este número al promedio de hogares con presencia de discapacidad de CABA. En esta misma encuesta se consideró la dimensión salud como una variable de análisis, donde los resultados mostraron que el 77% de los hogares con discapacidad no contaban con cobertura

médica, lo que significa que su atención de la salud es en hospitales públicos o centros de salud cercanos, tanto para controles de salud, como también para tratamientos de rehabilitación y de larga duración.

Por su parte, llama la atención que, según los datos censales de nuestro país, la edad promedio de las personas con discapacidad es de 39 años mientras que en las villas de la Ciudad de Buenos Aires el promedio es de 24 años. Esto da cuenta de lo discapacitantes que pueden resultar estos entornos, y también de la clara relación entre discapacidad y pobreza.

En un estudio realizado por CELS se conceptualiza sobre el “derecho a la ciudad” aludiendo a la “desigualdad en el acceso a bienes y servicios urbanos por parte de distintos grupos sociales” (CELS, 2015, p.604).

La discapacidad y la pobreza se potencian; el territorio de los pobres concentra y multiplica las carencias, obstáculos y barreras para la integración de las PCD, erigiéndose en un territorio críticamente discapacitante que produce e invisibiliza a las personas con discapacidad. (CELS, 2015, p.609).

En este sentido, el 40% de quienes trabajan en centros de salud, a los que se encuestó, notó diversas barreras de acceso al mismo, entre las que se destacan algunas respuestas relacionadas con este entrecruzamiento existente entre vulnerabilidad socioeconómica y habitacional con discapacidad. Refieren que una de las barreras de acceso es precisamente la “falta de urbanización en el barrio: viviendas precarias en altura, pasillos intransitables” y “malas condiciones en veredas o calles” (Anónimo, 2023). Muchas personas con discapacidad, debido a esto, deciden vivir en planta baja.

Por otro lado, la encuesta arrojó que el 18.8% de pacientes que se atienden en el centro de salud tienen una discapacidad física; el 18.8%, una sensorial; el 33.3%, una intelectual y el 28.9%, una mental. Esto marca una contraposición con el último censo de 2010 en el que el 33.8% (es decir, la mayoría) cuenta con una discapacidad física; a diferencia del centro de salud donde la mayoría de los pacientes tiene una discapacidad intelectual. ¿Por qué hay una diferencia entre los datos arrojados por el censo y las percepciones de quienes trabajan? ¿Es solo una percepción o realmente no son tantos pacientes que tienen discapacidades físicas y se acercan a este centro de salud? ¿Cuáles son los motivos por los cuales no acceden? ¿Tiene que ver con la composición de la población o con las barreras de acceso en las calles y pasillos?

Es importante recordar que la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad indica en su preámbulo que “la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza” (p.3) y refiere por este motivo “la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad” (p.3). Ahora bien ¿qué se está haciendo para mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad? En definitiva, las barreras físicas resultan uno de los obstáculos para el cumplimiento de otros derechos, entre ellos, el derecho a la salud.

Imagínese que injustamente le prohibieran salir a la calle. Todos los días enclaustrado en su casa [...] Imagínese que solo lo dejaran salir si pudiera juntar el dinero para taxis o tuviera un familiar con auto y con tiempo disponible [...] A ese arresto domiciliario está condenada la mayoría de los [...] discapacitados que viven en la Argentina. Los han encerrado la falta de rampas [...], vehículos que bloquean las pocas que hay, las veredas rotas, los colectivos con estribos a medio metro de altura, los autos [...]. (Martínez, 2004)

Precarización laboral y falta de capacitación

En otro orden de análisis, es importante no perder de vista la reforma sanitaria que se está dando en la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires. Esta situación sirve de marco para contextualizar lo que ocurre: a las personas con discapacidad les resulta difícil poder realizar los tratamientos necesarios si cuentan con cobertura de salud pública. Pero esto no debe reducirse a la salud pública, ya que tanto las obras sociales como las prepagas privadas en muchas oportunidades también colocan barreras para su acceso en condiciones dignas.

Los trabajadores encuestados refirieron dificultades en cuanto a la falta de profesionales para cubrir la demanda ya que son escasos los centros de salud que tienen profesionales de fonoaudiología y psicopedagogía. Esta situación se entrecruza con la crisis socioeconómica del país, que supone una crisis también laboral con menos personas con trabajo en relación de dependencia, por tanto menos personas con obra social o prepaga; es decir, mayor demanda en el sistema público de salud. A su vez, las dificultades para el manejo propio de las agendas que impide el seguimiento de muchas de estas situaciones, ya que los turnos se otorgan desde la línea 147.

El Gobierno de la ciudad aplica su plan sistemático de vaciamiento, achicamiento y privatización de la salud pública [...] postergando la resolución de problemas inadmisibles para el ejercicio de los derechos” “[...] creando la instalación de agendas y turneras (vía línea 147), sin contemplar la organización propia de cada equipo de trabajo (duración de las consultas, actividades en territorio, dispositivos grupales, intervenciones en materia de prevención y promoción de la salud, reuniones de equipo, etc.), ni ofrecer alternativa alguna ante la imposibilidad de acceder a un turno (Asociación de Profesionales de los Servicios Sociales, 2023, p.3).

En el informe de la Asociación de Profesionales de los Servicios Sociales (de ahora en adelante, APSS) se hace referencia a que “en este escenario, de precarización laboral y deterioro progresivo del poder adquisitivo, el pluriempleo de profesionales de la salud se hace cada vez más frecuente,

afectando negativamente la salud laboral de quienes trabajamos en el sector” (APSS, 2023, p.3). De esta manera, la precarización laboral se suma a la falta de trabajadores.

Pero esta situación no solo ocurre en el sistema público. Si tienen la posibilidad de cobrar una pensión no contributiva y tener Incluir Salud (Ex PROFE) entonces la oferta para terapias es de 2 (¡dos!) centros en toda la CABA, con una demanda que claramente no alcanza a cubrirse generando meses de espera, lo que es perjudicial para las posibilidades de avance, desarrollo o rehabilitación de las mismas. Esto sin nombrar las dificultades de pago que denuncian los centros habitualmente.

Por otro lado, quienes responden la encuesta también hacen referencia a la “falta de capacitación y sensibilización específica del equipo de salud” (Anónimo, 2023) acerca de la discapacidad. Al respecto, la Ley 26.378 establece en su art. 8 la obligación de los Estados de “adoptar medidas inmediatas y efectivas para sensibilizar a la sociedad, tales como campañas específicas, y fomento de actitudes respetuosas hacia las personas con discapacidad a través del sistema educativo, los medios de comunicación, etc.” (Anónimo, 2023).

A la falta de capacitación se le suma la falta de información disponible acerca de derechos y gestiones para poder acceder a los mismos. Si la información está disponible, es confusa o tiende a modificarse de manera habitual, lo que es una barrera más. A modo de ejemplo, el 6 de marzo de este año se publicó una noticia informando que los certificados de discapacidad no tendrían más fecha de vencimiento. Esta información, que tampoco fue proporcionada debidamente a los equipos de salud, que son los que suelen acompañar estos procesos y gestiones, generó revuelo y todavía no hay claridad sobre su implementación.

La familiarización de los cuidados y la exigencia de políticas públicas en discapacidad

Algunas de las respuestas hacían referencia a la “falta de cuidados” de parte de las familias como una de las dificultades para su correcta atención. “No se encargan”, “no los traen a consulta” (Anónimo, 2023). A la pregunta de cómo se solucionaría esta situación, la respuesta fue exigir a las familias mayores cuidados. En este sentido, “la relación discapacidad-cuidado está sujeta a dinámicas sociales y políticas, en las cuales el Estado y las instituciones delegan la responsabilidad del cuidado a las familias” (Bacca, 2013, p.1).

Si bien fueron una minoría, estos discursos están asociados a la familiarización de los cuidados y al corrimiento del Estado. Además, es comprender también a las personas con discapacidad como todas aquellas que no pueden movilizarse por sus propios medios, lo cual también es una apreciación errónea. Si hablamos únicamente de esta población, “la observación empírica ha permitido conocer que la participación del Estado en el cuidado directo de las personas con dependencia funcional es marginal, y apenas complementario al que se brinda en el ámbito doméstico” (Menéndez, 2021, p.12).

Esta situación se resuelve en familias de alto poder adquisitivo. Sin embargo, en aquellas familias más vulnerables no hay acceso a otras alternativas. De esta forma, es fundamental poder “[...] transformar la lógica actual de tratamiento del cuidado para pasar a considerar que cada persona, autónoma,

portadora de derechos, puede y debe exigir la satisfacción de sus demandas de cuidado, independientemente de su situación de vulnerabilidad o dependencia” (Menéndez, 2021, p.14)

Siguiendo con este hilo, parte de quienes respondieron la encuesta refirieron que se mejoraría el acceso a la salud de las personas con discapacidad si hubiera un “aumento de la partida presupuestaria en salud”, “políticas sociales para esta población”, “nuevo CEMAR¹ en el barrio donde puedan garantizarse las terapias”, “presupuesto asignado para la problemática y para ampliar los centros de salud y poder cubrir toda la demanda (que es mucha más de la que se puede atender)”, “políticas públicas del Estado que visibilicen esta problemática”, etc.

De esta forma, se pretende llevar el análisis y la discusión hacia la exigencia de nuevas políticas públicas que puedan reconocer las necesidades y acompañamientos de las personas con discapacidad, para mejorar realmente su acceso al sistema de salud.

Desde un enfoque de derechos, el cuidado implica poder trascender de una perspectiva moral y familiarista a una posición política “[...] mediante el debate y discusión de los programas y políticas públicas como principio inherente a la igualdad de oportunidades y la equidad de género” (Bacca, 2013, p.7).

Conclusiones

Este trabajo se propuso reflexionar sobre las percepciones de trabajadores de la salud acerca de la accesibilidad de las personas con discapacidad. De esta manera, se realizó un recorrido por diversos ejes de análisis utilizando como insumo 33 encuestas realizadas en un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2023.

Algunas de las preguntas que motivaron el desarrollo del mismo fueron: ¿Cuáles son las políticas públicas para promover una real inclusión? ¿Cómo se entrecruza su acceso al sistema de salud con la vulnerabilidad socioeconómica y habitacional de estas personas?

A partir de lo recabado, se desprende que existen numerosas barreras (en su mayoría físicas y comunicacionales) que se encuentran invisibilizadas, no solo en el acceso específico al centro de salud sino en la construcción misma de la ciudad. Además, se pudo dar cuenta en este eje la falta de apoyos o estrategias desde la política pública para poder precisamente minimizar estas barreras tal como explicita la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Esta situación se agrava en los casos en que las personas solo tienen acceso al sistema público de salud y se encuentran en situación de vulnerabilidad social y habitacional. Vivir en una villa significa enfrentarse a caminos desnivelados, viviendas con acceso único por escalera, pasillos angostos. El entrecruzamiento entre discapacidad y vulnerabilidad social multiplica enormemente los obstáculos. Estas dificultades no solo se encuentran en el sistema de salud: también encuentran dificultades para acceder a educación, empleo, y por tanto condiciones de vida dignas. ¿Y la posibilidad de participar en la sociedad en igualdad de condiciones?

¹ Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia.

Esta falta de respuestas y apoyos es notoria desde la política sanitaria, y se puede relacionar con la reforma sanitaria que se está dando en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en su sistema público, que propone su achicamiento y profundiza su vaciamiento. En este sentido, la crisis socioeconómica y la reforma sanitaria se relacionan con la precarización laboral y la falta de trabajadores para poder dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad.

De esta manera, se construye una familiarización de los cuidados por la falta de otras alternativas y posibilidades y se corre del plano la responsabilidad del Estado en esta situación. Será fundamental entonces, dar cuenta de la situación y lograr poner en agenda las dificultades en el acceso con las que se encuentran las personas con discapacidad, que debido a sus demoras e imposibilidades termina generando mayor deterioro en las mismas y por tanto menos posibilidades de lograr autonomía. Estas se suman a numerosas vulneraciones de derechos que se suscitan a diario en el sistema de salud, por lo que como trabajadores del mismo debemos poder problematizarlos y seguir luchando por un sistema que logre ser realmente inclusivo.

Lista de referencias

- Asociación de Profesionales de Servicio Social APSS (2023). Análisis salarial 2023. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/1Or7D0lxPj91Zxe864pdzf2S-eduJva6x/view?fbclid=IwAR1Ekz5Xket8UfgAkxkORDkVqBnKqZacA_nObTIZodNpb5kqksL7ZYxrcjE
- Bacca A, Sabogal J. y Arrivillaga M. (2013). *Análisis de la política pública de discapacidad en relación con los cuidadores*. Universidad de Caldas. Colombia.
- CELS (2015). “Ciudad, discapacidad y pobreza: La necesidad de considerar y priorizar a los grupos de mayor vulnerabilidad en la efectivización del derecho a la ciudad”. En: *Derechos humanos en Argentina*. Informe 2015.
- CLACSO. (2019). *Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Dirección General de Censos y Estadísticas, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Encuesta anual de Hogares (2016). “La población con discapacidad en la Ciudad de Buenos Aires: informe 2”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/10/poblacion_discapacidad_I2_2019.pdf
- INDEC (2012). “Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: resultados definitivos”. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
- INDEC (2023). “Índice de precios al consumidor. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_01_24DBD5D8158C.pdf
- Martínez, G. (2004). “Discapacitados con arresto domiciliario”. Diario Clarín. Extracto de nota periodística de Sibila Camps publicada en Clarín, 11 de Noviembre de 2004. Recuperado de: <http://www.sibilacamps.com/articulosdestacados/notas/discapacidad/arrestodomiciliario.html>
- Menendez, R. (2021). Los cuidados en discapacidad. Ponencia Mendoza.

- Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. Resolución aprobada por la Asamblea General 61/106.
- 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
- Pantano, L. (2015). "Discapacidad y pobreza en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Reflexiones a partir de algunos datos cuantitativos"; Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; Facultad de Medicina.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2007). "El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)". Vol. 2 Núm. 2 (2008): Encrucijadas y bifurcaciones. Revista Intersticios. Madrid. España.
- Seda, J. (2016). *La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. EUDEBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Shildrick, M. (2012). "Critical Disability Studies. Rethinking the Conventions for the Age of Postmodernity". En Watson, N., Roulstone, A., Thomas, C; *Handbook of Disability Studies*.
- Vázquez, N., Sustas, S., Venturiello, M. (2022). *Acceso a la salud de la población con discapacidad en Argentina: demandas, barreras y derechos*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cita recomendada

Rivello, A. (2024). El acceso a la salud de las personas con discapacidad: reflexiones desde Atención Primaria. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 7 (14). 106-117. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/44886> 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 la autora

Agustina Rivello

Argentina. Licenciada en Trabajo Social, Investigadora y Jefa de Residentes de Trabajo Social en Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comité de Docencia e Investigación (CODEI) del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Correo electrónico: agusrivello11@gmail.com