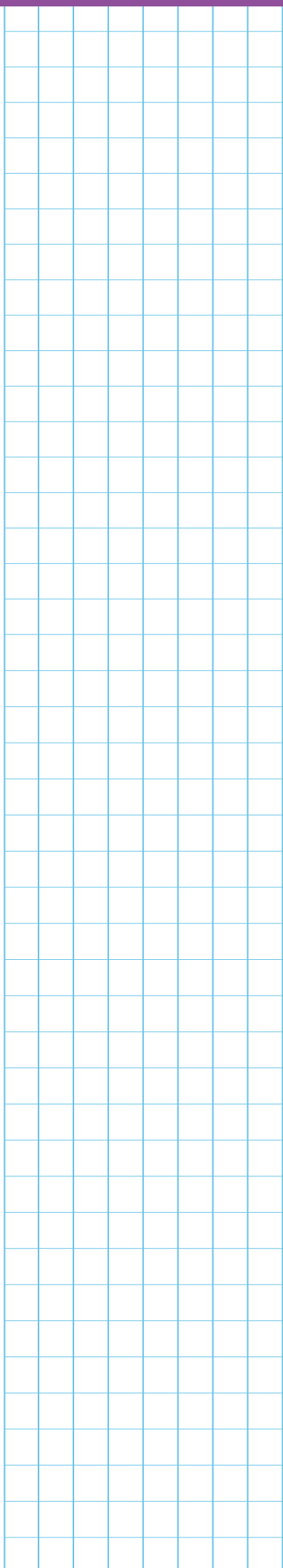


Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva

ORIENTACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD



DeSeAr



índice

1. Introducción
2. Modelos desde donde pensar la discapacidad
3. Marco normativo
4. Barreras al acceso y a la atención
5. Accesibilidad a los servicios de salud
6. Métodos anticonceptivos
7. Interrupción del embarazo
8. Atención obstétrica
9. Consentimiento informado

ANEXO

BIBLIORAFÍA



1

Introducción

Desde hace más de una década, en Casa FUSA proponemos un modelo de atención a la salud sexual y (no) reproductiva, basado en la autonomía y el derecho de todas las personas a decidir libremente sobre su cuerpo y su vida. Hacia mediados de 2017, nos propusimos atender la interseccionalidad de la problemática del acceso a la salud de identidades coexistentes - de género y discapacidad(es), y sistemas conectados de opresión -patriarcado y capacitismo-.

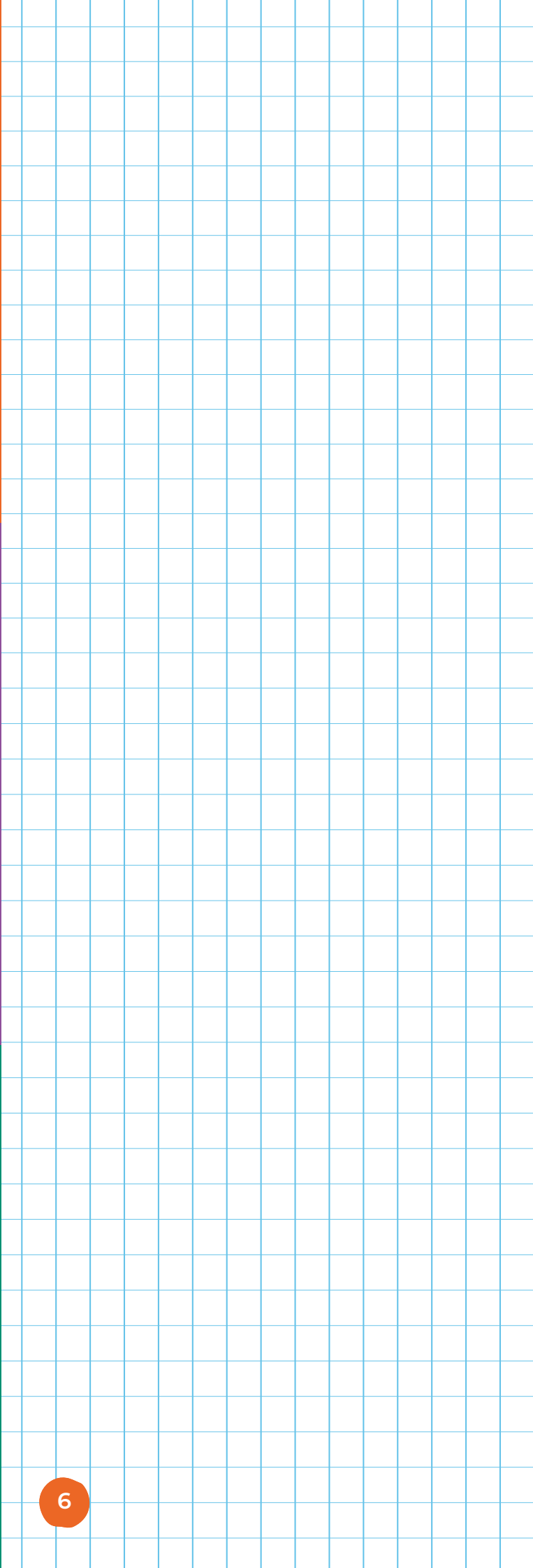
En Argentina alrededor de dos millones de personas socializadas como mujeres presentan algún tipo de discapacidad; un tercio de ellas, se encuentra en edad reproductiva. Si bien no existen cifras oficiales, porque es habitual el subregistro de estas condiciones, evidencia de experiencias locales e internacionales ha demostrado que este grupo poblacional encuentra serios obstáculos al momento de ejercer sus derechos en materia de salud.

Como respuesta a esta situación, formamos una alianza con la Red de Personas con Discapacidad (REDI) para el diseño e implementación del proyecto DeSeAr con inclusión, que promueve el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres y niñas con discapacidad en Argentina, con financiamiento del Fondo Fiduciario de Naciones Unidas para combatir la violencia contra Mujeres y Niñas.

Esta guía está dirigida a todo el personal de salud, con ella, esperamos acompañar y complementar el trabajo que se realiza a diario en los diversos ámbitos de prestación de servicios; asimismo, la información y conceptos aquí presentados resultan complementarios a una serie de materiales de apoyo para acompañar la información sobre métodos anticonceptivos e interrupción del embarazo, disponible para su descarga gratuita, difusión, y uso en: www.grupofusa.org/proyectodesear/

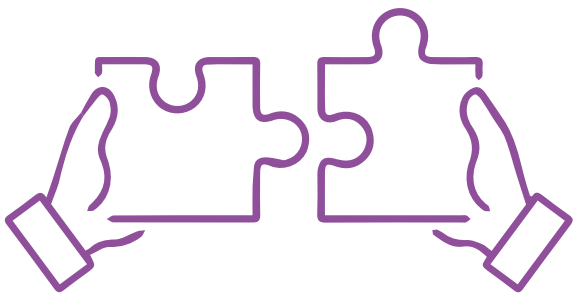
Todo el material antes mencionado fue desarrollado durante la pandemia de COVID-19 por un equipo interdisciplinario de profesionales con experiencia en salud y género.

Los lineamientos desarrollados en esta Guía pretenden ser un punto de partida para visibilizar la problemática y (de)construir espacios que apuesten a una inclusión verdadera; estos conceptos no son definitivos ni inamovibles, por el contrario, constituyen información que podría ser modificada o adaptada según las necesidades de las personas con discapacidad, de la reglamentación, y políticas sanitarias vigentes en cada momento.



2

Modelos desde los cuales pensar la discapacidad



A lo largo de la historia, los **modos de comprender**, situar, y vincularse con las personas con discapacidad han ido variando. **Esas variaciones, pueden organizarse en tres grandes formas/modelos de concebir la discapacidad.** Cada uno de estos enfoques plantea un modo de relacionarnos y situar a las personas con discapacidad, a la vez que demarcan el rol y función de las personas (familias, médicos/as, docentes) e instituciones en relación a la discapacidad. **Es importante no perder de vista que estos enfoques se desarrollan a partir de modelos teóricos, elaborados a partir de los siguientes criterios:**

- La fundamentación acerca de las causas que originan la discapacidad
- El rol que otorgan a las personas con discapacidad
- Abordaje/tratamiento que se propone

Para el estudio de la discapacidad a lo largo de la historia, y en contexto(s) occidental(es), se distinguen tres modelos que surgen, a grandes rasgos, en tres períodos históricos: el **modelo de prescindencia**, característico de la Antigüedad y el Medioevo; el **modelo médico o de rehabilitación**, surgido en la primera mitad del siglo XX; y el **modelo social**, surgido a partir de la década de los sesenta del siglo pasado. Si bien cada modelo surge en una época determinada de la historia de Occidente, **en la actualidad los tres modelos coexisten en diversos discursos y prácticas.**

Reflexionar acerca de los orígenes y las marcas que dejan estos modelos, tanto en el imaginario social como en dispositivos educativos, jurídicos y legislativos, nos da herramientas para identificar las posibles barreras presentes en la atención.

Modelo de Prescindencia

Durante la **Antigüedad y la Edad Media** se consideraba que las causas de la discapacidad eran del orden de lo religioso. Las personas con discapacidad eran señaladas como “una carga” para sus familias y para la comunidad, por considerar que no realizaban un aporte a la sociedad. Entonces, la concepción más primitiva en el pensamiento occidental asociaba la discapacidad con un castigo divino, y condenaba a las personas a la exclusión o la muerte.

Con el objetivo de evitar la carga que significaría esa vida no productiva, el **Submodelo eugené-**

sico, proponía el infanticidio de quienes nacían con discapacidad congénita. Por su parte, en el **Submodelo de marginación** las personas con discapacidad eran excluidas de la vida en sociedad; cuando sobrevivían a la negligencia y falta de cuidados en las primeras etapas de la vida, sus únicas fuentes de subsistencia consistían en dedicarse a la mendicidad, o ser utilizadas como fuente “de diversión” en circos y Cortes.

Modelo Rehabilitador

El modelo rehabilitador **comienza a desarrollarse en la Edad Media**, pero no termina de tomar su forma actual hasta el final de la Primera Guerra Mundial, cuando fue necesario atender, asistir, y reincorporar a la sociedad a numerosas personas lesionadas durante las batallas.

En este modelo, la discapacidad es explicada desde principios científicos; las causas que la condicionan no son religiosas, sino médicas; y las condiciones que determinan la discapacidad son asimilables a enfermedades y, por lo tanto, plausibles de ser modificadas, o incluso “curadas” o “normalizadas”.

Por otro lado, se considera que las personas con discapacidad, una vez que hayan sido “normalizadas” o “rehabilitadas”, **tienen posibilidades de aportar a la sociedad.** Estos procesos de rehabilitación se hacen desde una mirada institucional, centrada en los déficits -no en las causas sociales que condicionan la discapacidad- que presentan las personas con discapacidad, y en las actividades o tareas que no pueden realizar, siempre desde un enfoque capitalista que juzga el valor de una persona según lo que puede aportar a la sociedad, y que está directamente asociado -según este paradigma- a cuán “normal” y por ende “sano” sea su cuerpo.

Modelo Social

El modelo social de la discapacidad **está basado en la premisa de que las causas que originan la discapacidad son preponderantemente sociales;** por ende, **las limitaciones de la sociedad para incluir a todas las personas dentro de la organización social, con independencia de sus características individuales son la raíz del problema de marginación que sufren quienes viven con discapacidad.** Esta premisa es básica al momento de abordar políticas públicas, ya que la inclusión de todas las personas que forman parte de la comunidad debe necesariamente contemplar a quienes viven con discapacidad; y cualquier enfoque debe ser siempre dirigido a aportar soluciones sociales. Según este modelo, lo que habría que normalizar, o rehabilitar sería la sociedad y no a la persona con discapacidad.

En esta perspectiva, también se parte de la premisa que toda vida humana tiene valor intrínseco, y que **todas las personas tienen algo que aportar a la sociedad desde su singularidad y la aceptación de las diferencias.**

Denominaciones

En el proyecto **DeSeAr/FUSA** trabajamos desde la perspectiva social de la discapacidad, por ende optamos por utilizar la denominación “*persona(s) con discapacidad*”, y si fuera necesario aclarar qué tipo de discapacidad(es) presenta “*persona con discapacidad motriz/ intelectual /psicosocial etc.*”

Reconocemos que existen colectivos de personas que prefieren la denominación de diversidad funcional, entendemos las razones del reclamo, y la teoría en la que lo sustentan, sin embargo, **creemos que abordar la temática de la discapacidad desde el modelo social, favorece que se ponga el foco de atención en las barreras que surgen de la interacción de determinadas condiciones con la sociedad que construimos colectivamente**, y eso es de particular interés al momento de **pensar en políticas de salud pública y modelos de atención que resulten verdaderamente inclusivos.**

3

Marco normativo

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

Fruto del **activismo del movimiento de personas con discapacidad**, en diciembre de 2006 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD)**, que tiene como propósito **promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad** (art. 1). Su carácter de Convención implica que los Estados firmantes se comprometen a llevar adelante en sus países las medidas y definiciones adoptadas. Fue ratificada por Argentina en el año 2008 (Ley 26.378), adquiriendo jerarquía constitucional desde el año 2014 mediante la sanción de la Ley 27044, por lo tanto, con vigencia en todo el país.

La CDPD supuso un **quiebre de paradigma en el modo de abordar la discapacidad**: abandonó la perspectiva médica, basada en la rehabilitación y la asistencia, para **instalar el modelo social donde la discapacidad es definida como una construcción social que resulta de la interacción entre personas con algún tipo de deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, y un entorno social que pone barreras a su plena participación**. Asimismo, determina como **obligación del Estado, reconocer que las personas con discapacidad son titulares de derechos humanos y que son plenamente capaces de ejercerlos por sí mismas**. No consagra nuevos derechos, sino que establece herramientas (ajustes razonables, accesibilidad, sistemas de apoyo) para que las personas

con discapacidad puedan ejercer los derechos humanos en igualdad de condiciones con las demás personas (art. 1).

Tiene como propósitos generales: promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad.

Y sus principios generales son:



a) El respeto de la dignidad, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;



b) La no discriminación;



c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;



d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;



e) La igualdad de oportunidades;



f) La accesibilidad;



g) La igualdad entre el hombre y la mujer;



h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Sobre salud sexual y reproductiva

La CDPD abarca un abanico de derechos vinculados a la salud, y a la salud sexual y reproductiva en particular, obligando a los Estados firmantes a: “Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.” (Artículo 23)

Tomen medidas efectivas para asegurar que “Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.” (Artículo 23)

Proporcionar a las personas con discapacidad “programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población” (Artículo 25)

Garantizar que los/as “profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado” (Artículo 25).

Sobre capacidad jurídica

La CDPD estipula que se reemplaza el modelo de “*sustitución en la toma de decisiones*”, para incorporar un “**modelo de apoyo en la toma de decisiones**”. En el artículo 12: establece que “Los Estados partes reconocerán que **las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida**”, lo que implica una concepción de una capacidad jurídica universal, un cambio trascendental en materia de derechos humanos que **tuvo un fuerte impacto en el ejercicio de derechos y en la concepción de ciudadanía de las PC**D.

Incorporación de los principios postulados por la CPCD en la legislación de nuestro país

Mediante la **Ley Nacional 26.378**, en 2008 la CDPD fue incorporada a la normativa de nuestro país lo que implicó, debido al rango constitucional de toda Convención, llevar adelante la adaptación o derogación de toda ley contraria o incompatible con la misma.

En esta línea, uno de los puntos de reforma del **Código Civil y Comercial de la Nación** (CCyC, vigente desde agosto de 2015) fue su alineación con la CDPD.

En su artículo 31 determina **que se presume la capacidad general de ejercicio y toma de decisiones de todas las personas**, incluso quienes se encuentren internadas en un establecimiento asistencial. Esto quiere decir que debemos partir de considerar que **todas las personas somos capaces de tomar decisiones y ejercer los derechos** consagrados, no hay limitaciones legales en este sentido.

También se establecen reglas generales para la capacidad jurídica, entre las que el CCyC menciona:

a) Las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona.

Queda establecido que **las restricciones para la capacidad son para casos excepcionales y extremos**, entendiendo *“Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador.”* (Artículo 32 CCyC, 2015).

Sin embargo, el CCyC establece que esta declaración de incapacidad tiene dos características:

- No es absoluta: es decir, **no es para todos los actos de la vida:** *“la decisión debe determinar qué actos requieren la asistencia de uno o varios apoyos, y cuáles la representación de un curador. También puede designar redes de apoyo y personas que actúen con funciones específicas según el caso”* (Artículo 33 CCyC, 2015).

- No es indefinida en el tiempo: por lo tanto, su revisión debe realizarse cada tres años

o en el momento en que la PCD lo requiera. Esta revisión se realiza *“sobre la base de nuevos dictámenes interdisciplinarios y mediante la audiencia personal con el interesado”* (Artículo 40 CCyC, 2015).

b) La intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial.

Este abordaje interdisciplinario va de la mano del modelo social, e implica la superación del modelo médico, en tanto dispositivo que limita sus definiciones a criterios bio-médicos-psiquiátricos. Una intervención desde el modelo social **lleva a la presencia de diferentes profesionales (no ya limitados al equipo de salud) para visibilizar las diferentes barreras (sociales, comunicacionales, arquitectónicas, entre otras) que contribuyen a la discapacidad de las personas, de modo de interpretar de forma integral el contexto que a cada persona le impide el pleno goce de sus derechos.**

c) La persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Esto implica que **no se puede restringir la capacidad jurídica de las personas a raíz de barreras comunicacionales o actitudinales.** Para superar esto, el artículo 43 del CCyC prevé la implementación de medidas *“que faciliten a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona (...) y tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos”.* Esta reforma del Código Civil y Comercial de la Nación implicó importantes modificaciones y avances en lo relativo a la capacidad para el ejercicio de los derechos vinculados a la toma de decisiones: todas somos consideradas personas capaces para la toma de decisiones y es el Estado quien debe garantizar que todas las personas tengamos los recursos y medios para llevar a cabo una toma de decisiones informada. A la luz de estas reformas, fue necesario la revisión de la legislación nacional y provincial para evaluar su grado de alineación, y llevar adelante las modificaciones necesarias.



Resolución 65/2015

En diciembre de 2015 se sanciona la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, para reforzar los cambios introducidos por el CCyC y su aplicación en el trabajo de los servicios de salud en poblaciones clave: adolescentes y personas con discapacidad.

En relación a las personas con discapacidad y su atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, hay tres áreas que aborda la Resolución:

- + **Capacidad jurídica**
- + **Ajustes razonables y sistemas de apoyo a implementar**
- + **Consentimiento informado**

Siguiendo lo establecido por el CCyC, las limitaciones a la capacidad únicamente son válidas en caso que exista una sentencia judicial específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud. En consecuencia, **todas las personas deben ser tenidas como capaces por el sistema de salud**, a excepción de aquellas que cuentan con una sentencia judicial actual de restricción de la capacidad específicamente

relacionada con la toma de decisiones en materia de salud.

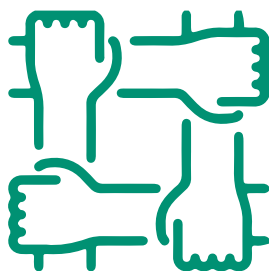
La Resolución hace foco en una situación que suele registrarse: la “presunción de incapacidad” de las personas con discapacidad, basada “en el viejo modelo de la sustitución de la voluntad que implicaba, en muchos casos, que sean los/as representantes legales quienes tomen decisiones sanitarias en nombre de la persona titular de derecho” (Resolución 65/2015: 7).

Frente a esto, el sistema de salud debe adoptar medidas tendientes a facilitar que las personas con discapacidad puedan **ejercer sus derechos de manera autónoma** y recibir la atención sanitaria de modo accesible, aceptable y de calidad, como modo de evitar la discriminación, “Dado que la accesibilidad (principalmente en el entorno físico y comunicacional) se torna un prerrequisito para el ejercicio de derechos, la falta de ejecución de medidas específicas de adaptación en el sistema de salud, se torna una causal de discriminación por motivo de discapacidad” (Resolución 65/2015, p. 8)

Ajustes razonables

Para adoptar las medidas a implementar, la Resolución remarca el derecho a los **ajustes razonables**, que son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar que en la prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y la toma de decisiones informadas.

Los equipos de salud deben entonces *“acomodar sus prácticas para asegurar la accesibilidad a través de ajustes razonables como: modificación de los espacios de consulta, adaptación del lenguaje y los materiales de información para que sean comprensibles, utilización de formas de comunicación accesibles, etc.”* (Resolución 65/2015, p. 9)



Sistema de Apoyo

El **sistema de apoyo** es definido como “la posibilidad de elegir a personas de confianza (ya sea dentro de la familia, la comunidad, el equipo de salud, o las instituciones de protección de derechos) para que acompañen el proceso de toma de decisiones, en este caso, sobre el cuidado del cuerpo” (Resolución 65/2015: 9) y la **Resolución 65/2015** afirma que:

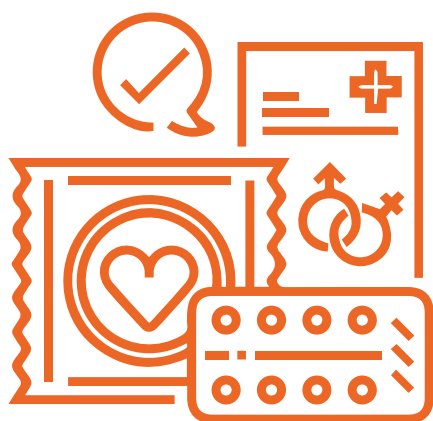
- + Es un **derecho** de todas las personas
- + **No es un requisito** para el ejercicio de derechos, la toma de decisiones, o una barrera de acceso a las prestaciones requeridas. Por ejemplo: si una persona sorda acude a un centro de salud en busca de un método anticonceptivo, la ausencia de un intérprete no puede constituirse en motivo para no garantizar su atención
- + Es **voluntario** y no una **obligación** que pueda imponerse contra la voluntad de la PCD.
- + Tiene como función **promover la autonomía**, facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona con discapacidad para el ejercicio de sus derechos
- + **No es una forma de sustitución ni representación**, es decir, sea quien sea la persona que brinda el apoyo, no puede tomar decisiones, ni actuar en nombre de la PCD. A su vez, así como apostamos a modificar la práctica instalada de presuponer la incapacidad de las PCD, debemos también cuestionar la presunción de que las PCD no pueden decidir/estar/hacer solas.

Frente a la dificultad que puede presentarse en los servicios de salud para dar respuesta a aquellas personas que se acercan sin un apoyo, se propone que *“el equipo de salud puede desarrollar un rol activo para que se ejerza este derecho ofreciendo alternativas posibles (...) escuchar las propuestas para las personas que se acercan a los servicios”* (Resolución 65/2015: 10).



4

Barreras al acceso y a la atención



A partir de la normativa se establece el **ejercicio de toma de decisiones informada y la autonomía como derecho de todas las personas**. Desde los servicios de salud se deben garantizar las condiciones para el ejercicio de derechos. En este sentido, **alcanzar servicios de salud accesibles y desarrollar buenas prácticas de pleno respeto de los derechos**, implica necesariamente hacer foco en las prácticas, discursos y mecanismos que operan como barreras que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

A nivel de los servicios de salud, las barreras más frecuentemente encontradas son de tres tipos:



Barreras Físicas

Se vinculan con la **dificultad para llegar o acceder a determinados espacios a causa de la estructura edilicia inaccesible y/o la falta**

de equipamiento adaptado para personas ciegas o con discapacidad motriz. Las escaleras, los pasillos angostos o con obstáculos, la ausencia de baños adaptados y de barandas/rampas, son las primeras que se nos vienen a la mente ¿Qué otras barreras podemos identificar en la mayor parte de los servicios de salud? Para ensayar una respuesta, les proponemos hacer el ejercicio de pensar una atención de rutina de una persona con silla de ruedas, y repasar juntos los espacios de atención una vez que ingresa a la institución:

• Edificio

¿Puede moverse de modo autónomo en el interior del lugar? ¿El estado de los pisos puede llegar a impedir su movilidad? ¿Hay espacio para la circulación de una silla de ruedas?

• Recepción

¿Es fácilmente accesible desde la entrada al lugar? ¿Dispone de escritorio/mostrador accesible? ¿Es posible el diálogo entre la persona de recepción y la persona con discapacidad?

• Consultorio

¿Es posible el ingreso y la movilidad interna de una silla de ruedas? ¿Dispone de camillas regulables? ¿Dispone de balanzas adaptadas?



Barreras comunicacionales

Son las que dificultan **la transmisión de mensajes y la interacción**. Este tipo de barreras afectan en particular a las personas sordas, sordomudas, hipoacúsicas, ciegas y personas con discapacidad intelectual.

Pensando en la atención en los servicios de salud, algunos ejemplos de las barreras comunicacionales más frecuentes son:

+ Mensajes escritos que impiden que las personas ciegas o con baja visión los reciban.

Algunos ejemplos puede ser el uso de letra pequeña, o falta de versiones del material con letra grande, y la no disponibilidad de Braille o de versiones aptas para lectores de pantalla.

+ Mensajes auditivos que puedan ser inaccesibles para las personas sordas o hipoacúsicas.

Estos incluyen videos que no tengan subtítulos, y comunicaciones orales que no estén acompañadas de interpretación manual o con texto escrito, como puede ser el llamado a los turnos, la comunicación mediada por ventanillas donde no se puede mantener una comunicación cara a cara

+ Mensajes con uso de textos largos y complejos, que no sean comprendidos por las personas con discapacidad intelectual.

Las frases largas y las palabras con muchas sílabas pueden ser barreras para la comprensión de los mensajes. No se trata que la persona “no entiende nada”, se trata de generar un canal de encuentro para posibilitar esa comprensión.



Barreras Actitudinales

Se sostienen por la existencia de mitos, prejuicios y estereotipos, y el poco conocimiento sobre las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad.

Muchas veces el trato a las personas con discapacidad se caracteriza por sobreprotección en la crianza, y los cuidados diarios, lo que limita el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos al desconocerlos como parte sus necesidades.

En el caso de los servicios de salud, a eso se suma la “presunción de incapacidad”, creyendo que por tener una discapacidad la persona es incapaz de tomar decisiones, situación que limita la autonomía y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

A partir de los relatos de las PCD en relación a la atención de su salud, podemos identificar actitudes y situaciones del personal de salud que suelen suceder y son claramente discriminatorias:

- Al hablar se dirigen a la persona acompañante como sujetos de la consulta.
- Insisten para que las PCD concurren acompañadas
- Dudan sobre su capacidad de comprender
- Parten de considerar que las PCD no tienen una vida sexual activa, situación que lleva a que omitan preguntas que harían en otras consultas.
- Poca percepción de las necesidades de atención integral de la salud de las personas con discapacidad.

Al focalizar en el ejercicio de su sexualidad, la existencia de múltiples mitos y estereotipos vinculados a la discapacidad “suelen tener un profundo efecto negativo en la vida de las niñas y jóvenes con discapacidad y conducir a su desempoderamiento e infantilización” (Ministerio de Salud de la Nación, 2019). Compartimos algunos de los mitos y prejuicios que al día de hoy siguen circulando en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad:

- + **No tienen sexualidad.** Son asexuadas y no les interesa.
- + **Algunas discapacidades condicionan una sexualidad incontrolable e impulsiva.**
- + **Las personas con discapacidad no se dan cuenta del abuso del que pueden ser objeto.**
- + **No saben,** no entienden qué es una relación sexual.
- + **No son atractivas y no son deseadas.**
- + **No estarían en condiciones de criar hijas/os.**
- + **Es poco probable que alguna vez tengan una pareja.**
- + **Toda relación sexual con ellas es, en realidad, un abuso sexual.**
- + **No pueden tomar decisiones racionales** sobre su vida, su sexualidad o su reproducción.
- + **Solo forman parejas con otras personas con discapacidad.**

¿Cómo superar algunas de estas barreras?

Frente a este panorama, un primer desafío es no convertirnos nosotros/as ni los servicios de salud en barreras, para lo cual **debemos profundizar un modelo de atención centrado en la persona en su contexto en particular, no sólo en su condición de discapacidad: dejar de ver a las personas con discapacidad desde el diagnóstico, desde su condición y mirarlos integralmente, desde su entidad de sujetos de derechos.** Para esto, debemos llevar adelante un diagnóstico de la situación donde el esquema de barreras será nuestra herramienta de trabajo, y la guía a partir de la cual podamos analizar las acciones que desarrollamos desde las políticas de estado, y la atención que brindan los servicios de salud.

Al momento de pensar la atención de las PCD hay que tener en cuenta que “No solo cada discapacidad es diferente, sino que cada persona lo es. Por otro lado, las personas presentan diferentes características según su discapacidad, pero también según su propia historia personal y familiar, lo que se expresa en su condición vital y sus necesidades de apoyo. El funcionamiento de un niño o niña no debe observarse de manera aislada, sino en el contexto de su familia y su entorno social” (Meresman, 2019).

El desafío es entonces, adecuar las intervenciones desde un punto de vista integral teniendo en cuenta las particularidades. Es importante comprender que la atención de las PCD debe seguir las mismas pautas y orientaciones, en términos legales y de protocolos, que las vigentes para todas las personas. **Algunas veces se deberán implementar ajustes razonables para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos.**

“Las personas presentan diferentes características según su discapacidad, pero también según su propia historia personal y familiar, lo que se expresa en su condición vital y sus necesidades de apoyo.”

5

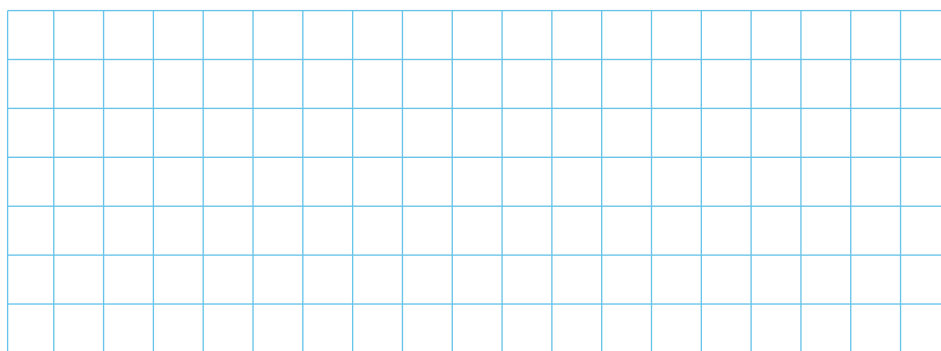
Accesibilidad a los servicios de salud

La incorporación de la perspectiva de discapacidad en la atención de los servicios de salud no implica la creación de servicios específicos o de personal especializado en la temática, **el desafío es llevar adelante en los servicios de salud los ajustes razonables para garantizar la accesibilidad**, en condiciones que garanticen la igualdad y autonomía de todas las personas, de modo de transversalizar la perspectiva de discapacidad en todas las dimensiones presentes en la atención.

La mayor parte de los servicios de salud, y la organización de las ciudades donde vivimos, no fueron pensados desde una mirada de diseño universal, por lo que es necesario trabajar en la adaptación y la realización de ajustes razonables para adelantarnos y prever situaciones que pueden afectar los derechos de las PCD. Por ejemplo, la llegada a un centro de salud no accesible de una mujer usuaria de silla de ruedas no será igual si previamente el equipo de salud conversó sobre el tema y tiene planificado un simple esquema de apoyo, que puede partir

de explicar a la PCD la situación de inaccesibilidad del centro (que sean conscientes de ello da cuenta de la mirada que tienen sobre el tema), y consultar cuál le parece la mejor forma de movilizarse frente a esta barrera, que desde el centro pensaron en un modo, pero que la idea es **juntas/os encontrar la forma en que se sienta más segura y cómoda. Este modo de abordar la barrera no implica grandes saberes ni necesidad de contar con equipos especiales, pero sí conlleva una reflexión y acuerdo previo sobre el tema en el equipo del centro.**

Al considerar la accesibilidad desde la perspectiva de discapacidad, las barreras (físicas, comunicacionales y actitudinales) se constituyen en una herramienta de análisis fundamental que permiten **identificar las brechas para alcanzar el acceso universal, a la vez que son una herramienta para el diagnóstico y la identificación de los espacios y las prácticas que implican vulneraciones de derechos y reproducen/re fuerzan desigualdades.**





Mejorando el acceso a los servicios

Al no contar con un diseño universal para llevar adelante la adaptación del servicio de salud, son necesarias medidas en diversos niveles que implican decisiones institucionales, realizaciones de obras, intervenciones técnicas y asignaciones presupuestarias.

Sin embargo, desde los equipos de salud podemos avanzar en mejorar, mediante pequeños y sencillos cambios, el nivel de la **accesibilidad física** del servicio mediante la implementación de las siguientes recomendaciones:

+ Identificar las barreras: Un primer paso es la realización de un diagnóstico situado que nos brindará información y conocimiento sobre el nivel de accesibilidad de la institución, a la vez que nos permite una planificación de las acciones posibles a desarrollar a nivel del hospital/centro de salud, servicio y consultorio. En el anexo compartimos una herramienta de diagnóstico con la cual podremos repasar cada una de estos espacios de la atención haciendo foco en las dimensiones/acciones que no responden al diseño universal y que necesitan de la implementación de ajustes razonables.

+ Mejorar la circulación: La posibilidad de transitar por la institución con autonomía y sin obstáculos es un punto clave para garantizar la accesibilidad. Debemos tener en cuenta que esa movilidad deberá contemplar un itinerario accesible hasta las zonas claves de la atención: Informes, Recepción, Turnos, Guardia, Consultorios Externos, Servicios. Y a su vez, debemos contemplar la movilidad en sentido horizontal (hall, pasillos, consultorios) y vertical (analizar la presencia de escaleras, ascensores y rampas).

+ Implementar sistema de turnos accesibles: la idea es asegurar que cualquier persona pueda gestionar un turno de forma autónoma. De este modo, no solo aseguramos la independencia, nos alejamos de una mirada capacitista, también podremos garantizar la confidencialidad de la consulta.

Comunicación y trato

Más allá de cuestiones específicas a tener en cuenta según el tipo de barrera presente, en líneas generales debemos considerar:

- ✦ **Desarrollar igualdad en el trato:** tratar a la persona de acuerdo con su edad y no como si fuera niño/a. No mostrar formas de cariño o trato que no se utilizarían con otra persona.
- ✦ **Establecer una comunicación directa, sin personas intermediarias:** se debe hablar a la persona directamente, no a su acompañante y/o intérprete.
- ✦ **Entablar una escucha respetuosa:** tener una actitud de predisposición a la escucha reconociendo que las que saben mejor sobre sus necesidades son ellas mismas.
- ✦ **Fortalecer la autonomía:** no se debe dar por sentado que toda persona con discapacidad necesita ayuda durante su visita al servicio de salud. En este sentido, es importante no imponer ayudas o apoyos sin la previa pregunta a la persona con discapacidad. En caso que consideremos, podemos ofrecer ayuda en una situación puntual y esperar la respuesta de la persona para actuar. Limitar nuestra ayuda a lo necesario, es un modo de promover la autonomía de las personas.
- ✦ **Respetar su espacio:** vinculado con lo anterior, debemos contemplar que las ayudas técnicas de las personas con discapacidad (sillas de ruedas, prótesis, bastones, entre otros) son parte de su espacio corporal, por lo cual no podemos tocarlas ni moverlas sin su previo permiso.
- ✦ **Preservar la confidencialidad:** en caso de que acudan al servicio con un/a acompañante preguntar si quieren entrar solos/as a la consulta médica.



6

Métodos anticonceptivos

En Argentina, el acceso a la anticoncepción está reconocido en la ley 25673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En ella se identifica como uno de sus principales objetivos ***“garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referido a la Salud sexual y procreación responsable”***. De esta manera se ratifica el derecho de todas las personas a recibir en forma gratuita en hospitales y centros de salud, obras sociales y prepagas los métodos anticonceptivos de preferencia.

De acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC, 2006), **las personas con discapacidades deben tener acceso, en condición de igualdad, a la información y a los Métodos Anticonceptivos (MAC) como parte del derecho general a casarse, formar una familia disfrutar plenamente de su sexualidad y regular su fertilidad.**

Para que las personas con discapacidad puedan ejercer esos derechos, es fundamental que reciban el asesoramiento adecuado sin la existencia de barreras que les impidan el acceso ni a la información ni a los MAC.

A continuación, se describen algunas pautas vinculadas al acceso a MAC y a una atención brindada en el marco de derechos.

a. El acceso de las PCD a los métodos anticonceptivos debe realizarse en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad:

Los derechos de las PCD son los mismos que los de las personas sin discapacidad. Dependiendo del tipo de discapacidad, en ocasiones puede ser necesario implementar medidas de apoyo. Las medidas de apoyo en el marco de una consejería en anticoncepción tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de la voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

b. Los/as profesionales de salud no deben orientarse por pautas o protocolos especiales para personas con discapacidad.

Al momento de la consulta sobre MAC, los/as profesionales deben conocer los derechos y posibles apoyos que les permitan a las PCD desarrollar su autonomía y superar las barreras que les impidan conocer y decidir cuál es el método anticonceptivo de su preferencia y conveniencia. El objetivo es lograr con los recursos posibles que las personas que consultan logren tomar las decisiones de forma autónoma. En todas las ocasiones deben ser ellas quienes decidan y consientan sobre las prácticas de salud sexual y salud reproductiva, (aunque estén acompañadas o necesiten un sistema de apoyo).

c. Partimos de considerar que esa persona tiene derecho a decidir.

Esta elección debe estar basada en una adecuada asesoría que tenga en cuenta, tanto las preferencias, como las situaciones clínicas relacionadas con las diversas discapacidades. Al momento de asesorar sobre MAC se debe garantizar que proporciona la información sobre las distintas opciones y los procedimientos médicos que se van a llevar a cabo, con el objetivo de que la PCD, pueda, con los apoyos, si es que los precisa, tomar sus propias decisiones.

En el marco de una consejería en anticoncepción es fundamental conocer que:

+ La normativa indica que siempre debe presumirse la capacidad de todas las personas, a excepción de que se acredite lo contrario con una sentencia judicial firme y vigente que esté vinculada a la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

+ No se requiere el consentimiento de la pareja ni de un familiar ni de ninguna otra persona para la provisión de anticonceptivos.



La perspectiva de discapacidad en la consejería de MAC

Cuando hablamos de incorporar la perspectiva de discapacidad para garantizar el acceso a MAC nos referimos a **trabajar directamente en la remoción de las barreras (tanto físicas, comunicacionales o actitudinales) que impidan la libre elección del método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud, para lograr el más alto nivel posible de salud sexual y salud reproductiva.**

Entre las barreras actitudinales muchas veces ocurre que no se les ofrecen métodos anticonceptivos a las PCD debido a la presencia de mitos y estereotipos. **Esta situación, en ocasiones lleva a que los/as profesionales de salud omitan preguntas que harían a otras personas (sin discapacidad) en la consulta, o desconfíen sobre la capacidad de PCD de comprender y decidir sobre los MAC de sus preferencias.** También frecuentemente hay dudas sobre el ejercicio de la sexualidad de las PCD, su capacidad de cuidar hijos/as y se asume que su orientación sexual es heterosexual. Para lograr **decisiones autónomas**, es importante que el/la profesional logre transmitir cosas básicas: **cómo funciona cada método, cuál es su eficacia, cuál es su uso correcto, ventajas y desventajas, dificultades y facilidades de su uso, efectos y síntomas comunes, si protege de las ITS, incluyendo el VIH/Sida.**

Si bien la elección del anticonceptivo la realizará la persona en la consulta, es importante **identificar las barreras que puede tener cada método, sin dejar de ofrecer las distintas opciones de las que pueden disponer.** Es decir, si bien hay que conocer las exigencias que tiene el uso de algunos métodos, **no se debe dejar de ofrecer una variedad de opciones** porque supongamos que un método es mejor que otro. **Se debe asesorar a cada persona para que sea ella misma quien lleve adelante el proceso de toma de decisión.**

A continuación, identificamos algunas **ventajas o desventajas que presentan algunos métodos de acuerdo a la discapacidad.** Es recomendable trabajar en equipos multi e interdisciplinarios para evaluar interacciones entre medicamentos.

Algunas consideraciones acerca de los MAC:

MÉTODO	MOTRIZ	VISUAL	INTELECTUAL	AUDITIVA
<p>Preservativo</p> <p>Ventajas para todas las discapacidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÚNICO QUE PROTEGE DE ITS Y VIH • Se entrega gratuitamente a todas las personas independientemente de su sexo, edad o discapacidad. 	<p>Evaluar estrategia para hacer su uso posible en caso de que existan dificultades de manipulación.</p>	<p>Conversar sobre estrategias para conocer fecha de vencimiento.</p>		<p>No se observan barreras para su uso. Sí es importante utilizar imágenes y otros apoyos para superar las barreras comunicacionales que pudieran presentarse en el asesoramiento al momento de explicar su uso correcto.</p>
Métodos Hormonales				
<p>Pastillas</p>	<p>Verificar que la PCD pueda manejar el blíster y tomar la pastilla.</p>	<p>Es importante generar una estrategia para que las personas ciegas puedan identificar los comprimidos inactivos. O evaluar la opción de utilizar la presentación de 21 comprimidos.</p>		<p>No se observan barreras para su uso. Sí es importante utilizar imágenes y otros apoyos para superar las barreras comunicacionales que pudieran presentarse en el asesoramiento al momento de explicar su uso correcto.</p>
<p>Sistema Intrauterino de Liberación (SIU)</p>	<p>La falta de camillas ginecológicas móviles dificulta la tarea de colocación.</p>			
<p>Anticoncepción de emergencia</p>	<p>Las personas con discapacidad en caso de relaciones sexuales no consentidas o fallas en el uso de MAC, pueden necesitar la AHE.</p>			

Sugerencias o necesidades para una buena atención

MOTRIZ	VISUAL	INTELECTUAL	AUDITIVA
<p>Poseer mesa de exploración obstétrica y/o ginecológica regulable o con altura variable, con accesibilidad por ambos lados.</p>	<p>Las principales barreras en la comunicación de la consejería en MAC se producen cuando nos manejamos exclusivamente con lenguaje escrito (mostrando folletera, escribiendo indicaciones) que impiden que las personas con deficiencias de la visión los reciban. Otros ejemplos de barreras son la falta de material gráfico en Braille o adaptado a personas de baja visión que no permite informar y explicar las diferentes opciones y procedimientos anticonceptivos. Apoyos tecnológicos e información en versiones macro tipos, alfabeto braille, audio y maquetas, que permitan informar a las personas sobre el uso correcto del condón y otros métodos anticonceptivos. Modelos anatómicos para enseñar el proceso de embarazo y parto.</p>	<p>Asegurarse que esté actuando voluntariamente (y no bajo coerción) y que cuente con la suficiente información. Utilizar material didáctico, por ejemplo pictogramas, gráficos y fotografías, para reforzar las explicaciones.</p>	<p>Algunas personas con discapacidad auditiva pueden apoyarse en el uso de audífonos, tableros de comunicación alternativa o aumentativa, pictogramas, lengua de señas o guía intérprete, o cualquier mecanismo con el que la persona con discapacidad pueda estar familiarizada.</p>



7 Interrupción del embarazo

Ley 27.610

El 30 de diciembre de 2020 la sanción de la Ley 27.610, de **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)** y **Atención Post-Aborto**, amplió el campo de derechos al establecer que:

+ **Las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.**

Fuera de ese plazo, **las mujeres y personas con capacidad de gestar** tienen derecho a acceder a la ILE en caso de que:

A. El embarazo sea producto de una violación, tan solo con el requerimiento y declaración jurada de quien lo solicite frente al personal de salud. **Para las menores de 13 años, la declaración no será solicitada.**

B. Está en peligro la vida o la salud integral de la mujer o persona con capacidad de gestar.

Como otras prácticas de salud, **la interrupción del embarazo requiere del consentimiento informado de la persona titular del derecho.** “En los casos de IVE/ILE, el resultado del proceso de consentimiento informado debe ser, en general, expresado por escrito (art. 7, Ley 27.610) mediante documento en el que, luego de recibir la información pertinente, la persona manifiesta haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa. Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, la firma puede emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho (art. 7, Ley 27.610).” (Ministerio de Salud: 2021, 6)

Resumimos a continuación, las guías y recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación en base a la normativa vigente en Argentina¹, para la atención de las mujeres y personas con capacidad de gestar:

¹Ley 25.673, Ley 26.529, Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), Ley 27.610, fallo “F.A.L.” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), entre otras.

Compartimos con ustedes un breve punteo sobre las guías y recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación en base a la normativa vigente en nuestro país², para la atención de las mujeres y personas con capacidad de gestar:

✦ **Garantizar la accesibilidad:** No deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una interrupción del embarazo, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica.

✦ **Realizar los ajustes razonables:** Facilitando el acceso a los apoyos necesarios para garantizar la accesibilidad comunicacional, física y administrativa de la práctica para todas las personas, con o sin discapacidad.

✦ **Garantizar la confidencialidad:** *“Del mismo modo se debe proceder en consultas de personas con discapacidad. Siempre se debe preguntar si desean – o no – estar acompañadas/os por terceras personas de su confianza que las/os asistan (intérpretes de señas, familiares, u otros). En el caso de que la persona así lo pida, se puede solicitar a los organismos de protección de derechos asistencia de un/a acompañante que no pertenezca a su entorno”* (Ministerio de Salud: 2019, 15)

✦ **Promover la toma de decisión autónoma, libre de presiones³:** Como fue reconocido por la CDPD y a ley 26.657 de Salud Mental, las PCD tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto de las personas, *“Las PCD tienen derecho a solicitar y acceder a las interrupciones del embarazo reguladas en la Ley 27.610 por sí mismas, así como a negarse a que se les practique un aborto sin su consentimiento, en igualdad de condiciones que el resto de las personas con capacidad de gestar”*. (Ministerio de Salud: 2021, 7)



El servicio de salud no debe actuar sin tener en cuenta y/o sustituyendo la voluntad de las personas con discapacidad, sino que por el contrario y, en primer lugar, debe proporcionarles los medios que aseguren su participación en todo acto y la adopción de una decisión personal y autónoma. **“se puede ofrecer a la persona con discapacidad que una o más personas de su confianza, ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos, le presten el apoyo necesario para tomar una decisión autónoma y brindar o no su consentimiento”** (Ministerio de Salud: 2021, 7).

²Ley 25.673, Ley 26.529, Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), Ley 27.610, fallo “F.A.L.” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), entre otras.

³Recomendamos la lectura de los apartados 4.2 Consentimiento informado de las personas con discapacidad y 4.3 Consentimiento informado de las personas con sentencia judicial vigente de restricción de capacidad (pag 21 a 24 de Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Buenos Aires, 2019)

Las restricciones judiciales a la capacidad son de carácter excepcional, y afectan solo los actos determinados expresamente en la sentencia, *“Una persona con este tipo de restricciones tiene derecho a tomar sus propias decisiones, pero debe hacerlo necesariamente con la asistencia de los apoyos designados en la sentencia y de acuerdo a los términos establecidos en ella. En la mayoría de las sentencias, la asistencia está designada para asuntos civiles o comerciales no relacionados con la atención de la salud. Por lo tanto, la persona puede tomar su decisión sobre una IVE/ILE en forma autónoma en igualdad de condiciones con el resto de las personas.”* (Ministerio de Salud: 2021, 8)

En aquellos casos donde la persona que tenga una sentencia judicial vigente de restricción de la capacidad para temas vinculados con su salud sexual y reproductiva, debemos asegurarnos de:

- + **Conocer los términos de la restricción de capacidad,**
- + **Conocer si ya cuenta designado un sistema de apoyo para decisiones sanitarias** *“En esos casos, debe implementarse el sistema en los términos de la sentencia, respetando la capacidad de la persona de decidir por sí misma. Sin embargo, en la mayoría de las sentencias, la asistencia está designada para asuntos civiles o comerciales no relacionados con la atención de la salud. En esos casos, la persona podría tomar su decisión en forma en igualdad de condiciones con el resto de las personas. En todos los casos el equipo de salud debe procurar obtener el consentimiento de la persona titular de derecho. El apoyo nunca debe sustituir su decisión.”*

Ahora bien, el **“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”** (Ministerio de Salud 2021) en su Parte 1- “Marco Legal”, puntos 4.2. “Consentimiento informado de las personas con discapacidad” y 4.3. “Consentimiento informado de las personas con sentencia judicial vigente de restricción de la capacidad para la interrupción del embarazo”, avanza en la cuestión y plantea los procesos a seguir en aquellas **situaciones excepcionales** donde sea imposible obtener el consentimiento de esa persona. **En esos casos deberemos asegurar que:**

- + la PCD -con o sin restricciones a su capacidad jurídica- no comprende la información recibida y se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad
- + el equipo de salud ha implementado infructuosamente un conjunto de ajustes razonables diversos, sistemas de apoyo y/o estrategias para garantizar que participe en forma autónoma en el proceso de toma de decisiones.

En esas excepciones, quien acompaña a la titular del derecho podrá firmar el consentimiento informado. “Estos casos deben considerarse excepcionalísimos, sin que pueda presumirse que la discapacidad afecta, per se, la aptitud de la persona para adoptar decisiones sobre su propio cuerpo. Debe dejarse constancia en la HC de los ajustes razonables, sistemas de apoyo u otras estrategias implementadas y describirse las razones y/o circunstancias por las que su implementación resultó infructuosa” (Ministerio de Salud: 2019, 26).

En embarazos derivados de abuso sexual, las PCD tienen derecho a:

- + Que se respete el derecho a interrumpir el embarazo en todos los casos de violación;
- + Que no se exija autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso;
- + Que, en caso de violación, el único requisito es una declaración jurada en la que la víctima confirme el hecho;
- + Que se garantice la información y la confidencialidad a la persona que requiere la práctica;
- + Que se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas;
- + Que se eliminen los requisitos que no estén médicamente indicados;
- + A contar siempre con un profesional por servicio sin objeción de conciencia que garantice la atención.

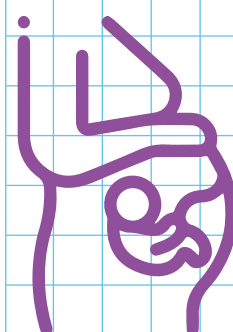
8

Atención obstétrica

El acontecimiento del parto, como resultado de un proceso continuo de atención y cuidado, en el que eventos biológicos altamente medicalizados en nuestro medio, pueden tener como resultado un incremento de la vulneración de derechos de las PCD y sus hijos/as.

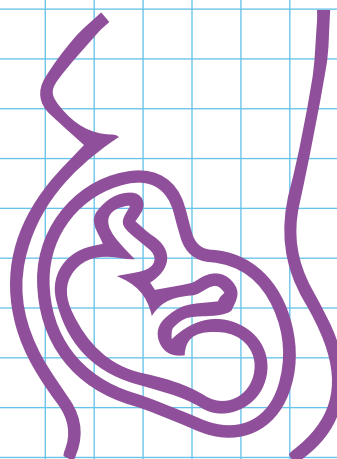
El abordaje de la salud reproductiva desde una perspectiva de salud pública va más allá de los cuidados para evitar trastornos de salud e incluye necesariamente entender las condiciones sociales que permiten o impiden el acceso a ella; para esto **es imprescindible que cuando se piensa en la atención y cuidados del embarazo y el parto, se lo haga desde un abordaje integral, con perspectiva de derechos humanos, de género, diversidad y discapacidad.**

Al centrarnos en la atención del embarazo y parto incorporando la perspectiva de género, nos estaremos refiriendo a la atención de usuarias o personas que han sido socializadas como mujeres/niñas; por ende, **necesitaremos considerar a la violencia obstétrica, como una forma particular dentro de la violencia de género;** por otro lado, también es necesario reflexionar sobre el funcionamiento de nuestros servicios de salud en general, **de modo de identificar las principales barreras (perspectiva de discapacidad) que encuentran las PCD para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.**



El parto respetado: Normativas Nacionales e Internacionales

En 1994, en El Cairo se desarrolló la **Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo**, a partir de la cual la definición de salud reproductiva adoptada por la comunidad de naciones, permitió una **concepción integradora en relación a los diversos aspectos de la reproducción, integrando sexualidad y reproducción dentro del marco de los derechos humanos, y bajo un enfoque de género.** De esta manera, el concepto de **salud reproductiva comenzó a incluir el derecho a la salud sexual, a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos, y comprende el acceso y la elección libre e informada a los métodos anticonceptivos.** Por último, se destaca el derecho de las personas gestantes a recibir atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgo, en servicios de salud adecuados, que garanticen la atención de calidad y respetuosa de sus hijos/as.



Apenas unos años más tarde surge desde el movimiento de mujeres, y en varios países de América Latina, un especial interés por repensar y construir una mirada crítica sobre la falta de autonomía y el proceso de medicalización en el que se estaban desarrollando los partos. Este interés se materializó durante la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y el Nacimiento en Fortaleza, Brasil el 5 de noviembre del 2000, con la creación de la **Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHU-PAN)**. Esta entidad abogó por la promulgación de leyes que garanticen una atención de calidad y respetuosa de los derechos, que mejore la vivencia del parto y la forma de nacer en los distintos países de Latinoamérica. **Esta mirada crítica incluyó también pensar en distintos colectivos cuyos derechos estaban siendo particularmente vulnerados, como las mujeres con discapacidad.**

Los Derechos Sexuales Y Reproductivos De Las Personas Con Discapacidad

En el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -que en Argentina tiene status constitucional-, se afirma que en lo relativo a decisiones de salud sexual y reproductiva:

- a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno.
- b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.
- c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones que los demás.

También el artículo 25, destaca sobre la salud sexual y reproductiva al señalar que: “[Los Estados] proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”.

En Argentina, la Ley 25.929 de Parto Respetado y la Ley 26.485 para prevenir la violencia de género constituyen el basamento legal para abordar esta temática. Entre las dos, buscan garantizar que la persona que acude a parir y el/la recién nacido/a (RN) reciban un tratamiento que cumpla con los estándares profesionales de calidad de atención, y reconocen el derecho de ambas partes a recibir trato respetuoso de sus derechos, acceso a información que permita decisiones de manera autónoma, y que se garantice la no medicalización o patologización de los procesos de parto y nacimiento.

La ley 26.485, en el artículo 6 inciso e define como violencia obstétrica “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”; a partir del 17 de septiembre de 2004, al promul-

gar la Ley 25.929, Argentina establece una **base jurídica sobre lo que se llama parto respetado/humanizado**; aunque esta ley no fue reglamentada hasta 2015, abre el camino para combatir el maltrato durante la atención del parto, y junto con la **Ley de Derechos de los Pacientes (26.529)**, amparan y resguardan los derechos del binomio madre-hijo/a a recibir un trato respetuoso y libre de violencia, son de cumplimiento obligatorio en todas las provincias del país, y en todas las instituciones de salud, en el ámbito público como en el privado. Por lo tanto, su incumplimiento representa un problema de salud pública y de derechos humanos, con las correspondientes implicancias legales y jurídicas.

El parto y nacimiento respetados/humanizados, en tanto derechos reproductivos son derechos humanos reconocidos en múltiples tratados internacionales, y por ende les corresponden a todas las personas. Sin embargo, muchas veces, en la atención de la salud, persisten una gran cantidad de prejuicios, estereotipos, falta de conocimientos y dudas que se convierten en prácticas que operan como barreras para las PCD al momento de ejercer estos derechos básicos.



9

Consentimiento informado



El consentimiento informado (CI) es un proceso por el cual un/a persona brinda su conformidad con la indicación o propuesta médica, luego de recibir la información completa, adecuada, clara y precisa acerca del diagnóstico que le aqueja, el mejor tratamiento disponible, las alternativas terapéuticas, los beneficios y riesgos esperados y el pronóstico (Ciruzzi, 2017).

El resultado final del CI como proceso, es la toma de decisiones, libre, autónoma e informada, por parte de la persona usuaria (Ministerio de Salud de la Nación, 2019a)

En términos de normativa, el CI recibe regula-

ción específica en los artículos 59 del Código Civil y Comercial (CCyC). El artículo 59 establece que **el CI para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por /la paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada.**

La Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, establece que el CI **puede ser verbal o escrito, aunque será esencialmente escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante.**

Niños, niñas y adolescentes

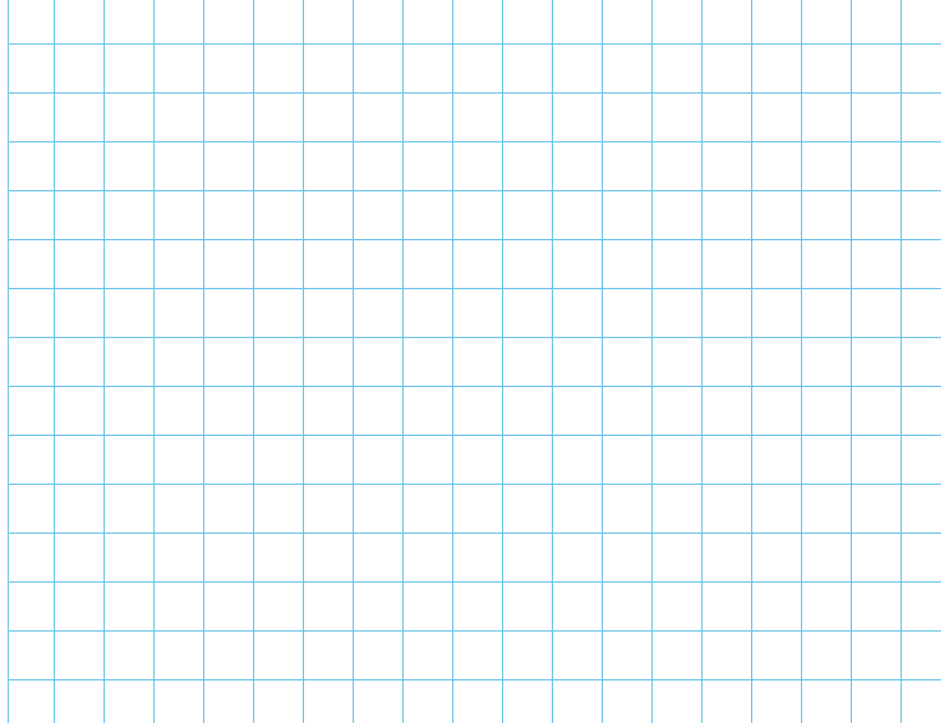
Todas las personas tienen derecho a brindar su consentimiento, el CCyC establece edades para tomar decisiones autónomas sobre derechos relacionados con el cuidado de su propio cuerpo y su salud:

- + **El niño o la niña menor de 13 años tiene derecho a recibir información clara, completa y oportuna y a acceder a preservativos por sí mismo/a.** No necesita contar con el acompañamiento y/o el consentimiento de un tercero. Para acceder a otros métodos anticonceptivos, debe prestar su consentimiento con la asistencia de una “[persona] que [ejerza], formal o informalmente, roles de cuidado” (Resolución 65/2015).
- + **El/la adolescente entre 13 y 16 años** “tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física”. “Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico”. En consecuencia, **puede brindar su consentimiento para el acceso a métodos anticonceptivos transitorios al igual que todas las prácticas de salud reproductiva que no supongan riesgo grave para la salud, la vida o la integridad de los/las adolescentes, de forma autónoma, como también al diagnóstico de VIH y al test de embarazo** (Resolución 65/2015).
- + **A partir de los 16 años el/la adolescente** “es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”. En consecuencia, tiene derecho a “consentir autónomamente todas las prácticas sanitarias relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la adecuación corporal en materia de identidad de género, etc.” (Resolución 65/2015).

Al momento del proceso de CI, debemos prestar especial atención a la presencia de Barreras actitudinales que puedan obstaculizar su implementación:

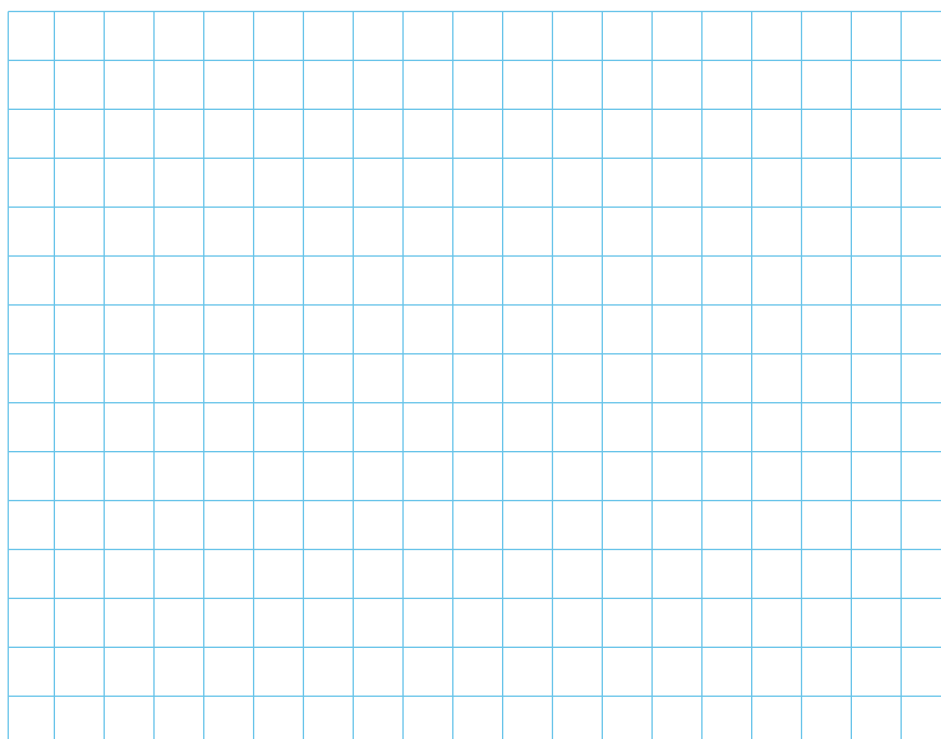


- + Presencia de sobreprotección y/o asimetrías.
- + Actuar bajo la “presunción de incapacidad”
- + Dudar sobre su capacidad de comprender y de decidir sobre sus cuerpos, su salud sexual y los tratamientos a seguir, en el marco del principio de autonomía.
- + Desconocer la actualización normativa y actuar bajo el modelo de sustitución de autonomía, por el cual terceras personas (integrantes de la familia, tutores, equipos de salud) toman las decisiones en nombre de la PCD. Esto constituye una violación de su derecho a ejercer su capacidad jurídica y brindar su CI en igualdad de condiciones con las demás personas.
- + Ignorar a la PCD y dirigirse a las personas acompañantes tomando a estas últimas como sujetos de la consulta y como actor principal en el proceso de CI.



Anexo

Breves orientaciones para identificar las barreras y evaluar la accesibilidad de los servicios



Presentación

En este anexo se proponen herramientas para analizar las dimensiones a tener en cuenta a la hora de realizar una evaluación de la accesibilidad del hospital/centro de salud, sus servicios y el trato que reciben las personas con discapacidad durante la consulta médica. Son herramientas para llevar adelante un análisis crítico en relación a las barreras presentes en la atención de las PCD que concurren a los servicios, identificar las brechas físicas, comunicacionales y de trato que se hacen presentes y se convierten en un obstáculo para alcanzar la equidad y el pleno respeto de los derechos.

Accesibilidad al Hospital/Centro de salud

Teniendo como horizonte alcanzar una atención no discriminatoria, que garantice la autonomía de todas las personas, les proponemos comenzar el recorrido por el Hospital/Centro de salud.

+ Ingreso

Seguramente, al momento de analizar cómo es el ingreso al Hospital/Centro de salud, comencemos nuestro análisis situándonos en la puerta. Pero **¿qué sucede con el contexto barrial donde está emplazada la institución?** Es interesante ir unos pasos más atrás de la puerta para repensar. Una vez en la puerta, **debemos reparar en todas las ausencias que redundan en desigualdad y en todos los obstáculos presentes, para comenzar a delinear los sucesos y recursos necesarios a implementar para cerrar las brechas en el acceso.** Por ejemplo, la falta de señalización en el ingreso es un gran obstáculo que puede revertirse colocando en la entrada principal del edificio (a la derecha de la puerta de acceso) un **cartel identificativo con toda la información principal del centro en altorrelieve y Braille.**

Pasada la puerta de ingreso, la tarea será transitar todos los pasos necesarios para llegar a la recepción, haciendo foco en la presencia de barreras físicas y comunicacionales. **¿Puede llegar fácilmente y de modo autónomo una persona ciega a la recepción? Y una persona en silla de ruedas ¿Puede desplazarse libremente, puede realizar giros de dirección? ¿Hay señalética de colores estridentes para personas con la visión disminuida o discapacidad intelectual?**

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Existe una escalera de ingreso		
	Ausencia de rampa de ingreso		
	Ausencia de barandas en la rampa de ingreso		
	Ausencia de puerta de acceso con más de 0.90 m de ancho		
	Ausencia de felpudo empotrado previo a la puerta*		
	Ausencia de señalética en alto contraste con indicaciones para ir a recepción informes		
	Ausencia de señalética en Braille		
	Ausencia de un plano del edificio en alto contraste		

* El sistema más sencillo para que una persona ciega detecte la ubicación de la entrada principal es mediante el felpudo. Estos deberán estar empotrados y fijos al suelo en toda su superficie, con un perfecto mantenimiento que permita un cambio cuando se necesite.

+ Recepción

En la mayor parte de los lugares de atención al público **los mostradores no suelen estar adaptados para la atención de personas usuarias de silla de ruedas o de baja estatura**. Lo ideal sería contar con un mostrador de dos alturas para ser considerado punto de atención accesible, tal como se ve en la siguiente figura:



Mostrador a doble altura y con espacio para la aproximación de una

Además de las cuestiones físicas, **debemos prestar atención a las barreras de comunicación que se presentan cuando no contamos con personal capacitado en lengua de señas**, y también a las barreras actitudinales que suelen presentarse en la forma de un trato infantilizado, redundantes explicaciones sobre un mismo punto, tomar como interlocutor/a a quien acompaña a la PCD, entre otros.

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Existe un mostrador mayor a 0.85 m		
	Ausencia de personal capacitado para dialogar con personas sordas		
	Presencia de diálogo con acompañante		
	Presencia de trato infantilizado		
	Ausencia de señalamiento de cercanía del mostrador		
	Presencia de instrucciones para indicar recorridos en Braille		

+ Circulación

Esta dimensión **hace referencia a la posibilidad de transitar por la institución con autonomía y sin obstáculos**. Debemos tener en cuenta que esa movilidad deberá contemplar un itinerario accesible hasta las zonas claves de la atención: **Informes, Recepción, Turnos, Guardia, consultorios externos, Servicios**. Y a su vez, debemos contemplar la movilidad en sentido horizontal (hall, pasillos, consultorios) y vertical (analizar la presencia de escaleras, ascensores y rampas)

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Existen desniveles		
	Existen pasillos angostos, menores a 1.20mts		
	Existen obstáculos en los pasillos		
	Ausencia de espacio para giros		
	Ausencia de señalética en los pisos del pasillo		
	Existen rampas/pendientes sin baranda		
	Existen puertas que se abren hacia afuera		
	Existe señalización fluo para las puertas de vidrio		
	Tamaño de ascensores imposibilitan el acceso de sillas de ruedas.		
	Existen señalamientos sobre ubicación de los servicios		

+ Señalización

Muchos de los carteles utilizados en servicios de salud son una barrera y no cumplen su función para las personas con disminución visual, ceguera o discapacidad intelectual. La idea no es desarrollar una señalización paralela o específica, sino que sea una común y adecuada a todo tipo de personas mediante la combinación de tres recursos:

- + **Colores:** Se deben realizar carteles y señalética en alto contraste de colores. Reservando el color rojo solo para lugares donde no está permitida la circulación o para dar mensajes de alerta. Para el caso de facilitar la circulación (flechas en el piso), los colores verdes y amarillos son los recomendados, mientras que el color rojo indica alerta y/o alarma.
- + **Tipografías:** Deben ser textos breves en imprenta y minúscula (excepto inicio de frase y nombres). Evitar tipografías expandidas o muy consensuadas, decorativas, con texturas o efectos.
- + **Pictogramas:** Se recomienda que los textos vayan acompañados de figuras.

El objetivo es contar con un sistema de comunicación visual “sintetizado en un conjunto de señales o símbolos que cumplen la función de guiar, orientar u organizar a una persona o conjunto de personas en aquellos puntos del espacio que planteen dilemas de comportamiento” (ANDIS:2018, 37), como es el caso de los servicios de salud y los múltiples pasillos, puertas que están presentes.

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Ausencia de señalética en el piso		
	Ausencia de señalética con indicaciones de movilidad		
	Ausencia de pictogramas en la cartelería en general		
	Ausencia de uso de colores en cartelería y señalética		
	Ausencia de uso de alto contraste en la cartelería y señalética		
	Ausencia de información en lectura fácil		
	Ausencia de cartelería con pictogramas para identificar consultorios		
	Ausencia de cartelería en Braille		
	Existe información auditiva que no se facilita por escrito		
	Existe información por escrito que no se facilita vía auditiva		

Accesibilidad al Servicio de salud sexual y reproductiva

+ Sistema de turnos

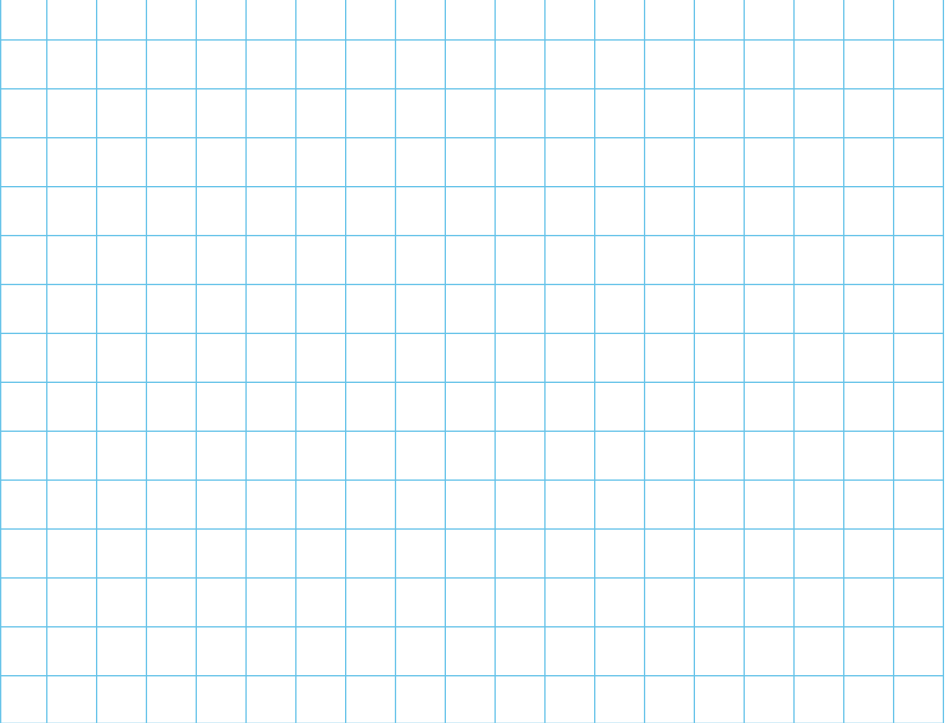
La idea es **garantizar que cualquier persona pueda gestionar un turno de forma autónoma**. De este modo, no solo aseguramos la independencia, nos alejamos de una mirada capacitista, a la vez que estaremos garantizando la confidencialidad de la consulta.

LUGAR	VARIABLE	SÍ/NO	F/C/A
	Existe una sola modalidad de pedido de turnos		
	Existe el pedido de turnos adaptado para personas sordas		
	Existe el pedido de turnos adaptado para personas ciegas		
	Existe pedido de turno personalizado que comienza preguntando si quien consulta necesita algún tipo de apoyo		
	Existen turnos protegidos con más tiempo de atención para las PCD		

+ Acceso

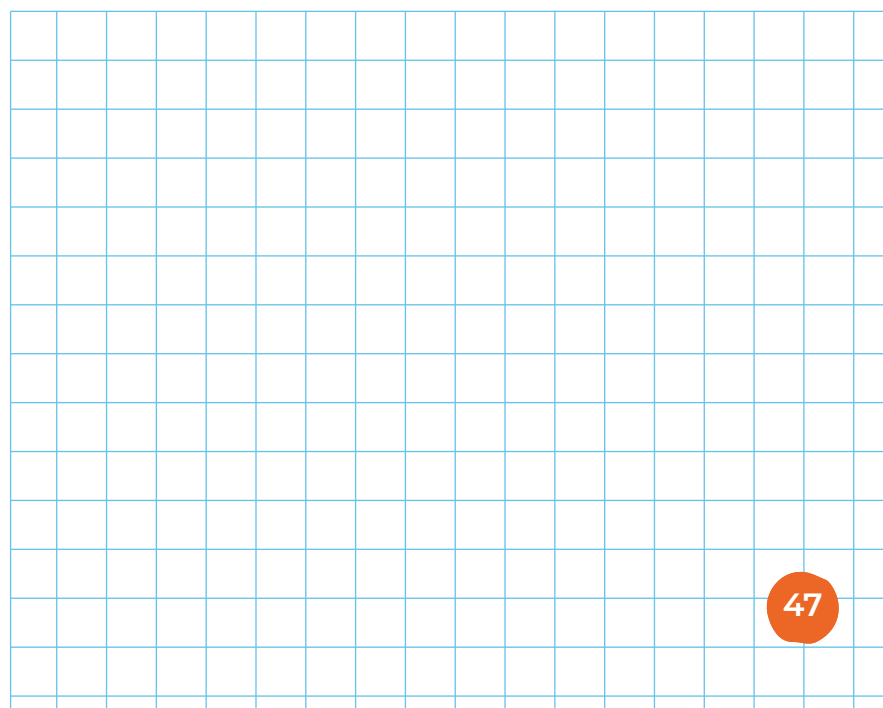
Tal como vimos al describir la circulación en la institución, **al analizar el servicio debemos prestar atención a todos aquellos dispositivos y circunstancias que se constituyen en una barrera de acceso al servicio**.

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Ausencia de señalética para llegar al servicio de forma autónoma		
	Ausencia de cartelera con pictograma que identifique el servicio		
	Existen desniveles		
	Existen pasillos angostos, menores a 1.20mts		
	Existen obstáculos en los pasillos		
	Ausencia de espacio para giros		
	Existen rampas/pendientes sin baranda		
	Existe señalización fluo para las puertas de vidrio		
	Existe una escalera de ingreso		
	Ausencia de puerta de acceso con más de 0.90 m de ancho		



+ Sala de espera

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	En caso de existir:		
	La cartelería informativa sobre DDSSRR está en Braille		
	La cartelería informativa sobre DDSSRR está en lectura fácil, incluye pictogramas y colores en alto contraste		
	Los videos informativos incluyen subtítulo		
	Los videos informativos incluyen lengua de señas		
	Persona entrenada para solucionar consultas		
	Ausencia de espacio de maniobra para persona en silla de ruedas		
	Llamado del/ la paciente se realiza solo mediante pantalla		
	Llamado del/ la paciente se realiza solo oralmente		
	Llamado del / la paciente se realiza solo por cuponera		



Consulta de salud sexual y reproductiva

Por último, las cuatro paredes del consultorio resultan el espacio final donde se pone en juego el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. La atención está profundamente atravesada por el conocimiento de la normativa, las ideas y estereotipos que tenemos en relación a la discapacidad, las disidencias sexo genéricas, la autonomía progresiva de niños/as y adolescentes, entre otras.

+ Comunicación y trato

Recordemos que la ley establece el **acceso sin restricciones de edad a la información sobre métodos anticonceptivos, métodos de barreras y prevención de VIH/SIDA**, “Es importante no perder la oportunidad de atender a chicos y chicas menores de 13 años cuando acuden a solicitar información, asesoramiento y métodos anticonceptivos. Si solicitan otros métodos anticonceptivos el equipo de salud debe considerar el principio de la autonomía progresiva para facilitar el acceso a los mismos. Si un/a niño/a tiene autonomía suficiente para asistir a un hospital o centro de salud sin compañía de una persona adulta, tiene que suponerse que también tiene capacidad suficiente para comprender lo que pasa” (Ministerio de Salud: 2019, 37)

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	En caso que la PCD vaya acompañada, se invita a pasar a su acompañante		
	Durante la consulta nos dirigimos y hablamos directamente con el/la paciente		
	Disponemos del tiempo necesario de consulta en caso que el diálogo o la explicación demore más tiempo del previsto		
	Contamos con material informativo en Braille		
	Contamos con material informativo en lectura fácil		
	Contamos con intérprete en lengua de señas		
	Contamos con material audiovisual con subtítulo y con intérprete de lengua de señas argentina		

+ Proceso de toma de decisión

Como profesionales de la salud debemos **brindar las herramientas para que el proceso de toma de decisiones** sea llevado adelante de forma autónoma e informada. Para esto, es clave que toda la información sea transmitida de **modo claro, sencillo, con los ajustes razonables según nuestro interlocutor asegurándonos que la otra persona comprende cada uno de los puntos que vamos explicando.**

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Presencia de láminas con pictogramas para ejemplificar determinados procedimientos		
	Presencia de láminas con relieve para ejemplificar determinados procedimientos		
	Contamos con consentimientos informados en lectura fácil		
	Contamos con consentimientos informados en Braille		

+ Parto Respetado/humanizado

LUGAR	VARIABLE	VERIFICACIÓN SÍ/NO	BARRERA F/C/A
	Información en sistema Braille, audiotextos, intérpretes de lengua de señas y cualquier otro modo o formato de comunicación accesible a la persona con discapacidad.		
	Tiempo de las consultas (pre y post parto) más extensos		
	Material adaptado, para las consultas y con clases pre-parto accesibles: imágenes, videos con subtítulos, mostrar la medicación, anotar las cantidades que se prescriben de forma clara y sencilla.		
	Balanzas para sillas de ruedas		
	Camillas adaptadas		
	Consentimientos informados en lectura fácil		
	Consentimientos informados en Braille		

Bibliografía utilizada

- + Agencia Nacional de Discapacidad (2018) **Protocolo de Calidad de Tratamiento y Atención hacia personas con discapacidad y movilidad**. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/andis/protocolo-para-calidad-de-trato-y-atencion-hacia-personas-con-discapacidad>
- + Agencia Nacional de Discapacidad (2018) **Protocolo de Calidad de Tratamiento y Atención hacia personas con discapacidad y movilidad**. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/andis/protocolo-para-calidad-de-trato-y-atencion-hacia-personas-con-discapacidad>
- + Ballesteros, M. (2013). “**Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales**”. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- + Frenk, J. (1985) **El concepto y la medición de la accesibilidad**. Salud Publica Mex, 27(5):127-148
- + Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Desarrollo Económico. COPIDIS (2015). **Manual práctico de diseño universal: basado en la ley 962, accesibilidad física para todos**. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- + Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “**Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad**”. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017
- + Monzón, Andrea (2019) **Especificaciones del libro manual práctico de comunicación inclusiva / Andrea Monzón; Soraya Vargas**. - 1a Ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. **Comisión para la plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad** - COPIDIS. Disponible en https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/manual_practico_de_comunicacion_inclusiva_digital_0.pdf

- + **Municipalidad de Rosario (2005) Pautas y exigencias para un proyecto arquitectónico de inclusión.** Disponible en: https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/manual_accesibilidad_edilicia.pdf

- + **Sánchez, D. (2017) Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud.** Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55 (1) 105-148.

- + **Petracci, Mónica (2004): Presentación, en Calidad de Atención en Salud, V Seminario, Mesa Debate, Calidad de Atención en Salud, Serie Seminarios Salud y Política Pública, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).**

- + **Spinelli, Hugo (2008); La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. México, 2008.** Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

- + **Spinelli, Hugo (2010): Las dimensiones del campo de la salud en Argentina.** Salud Colectiva, Buenos Aires, 6 (3): 275-293, septiembre - diciembre, 2010

- + **Stolkiner Alicia et al-(2006): El concepto de accesibilidad y la perspectiva relacional entre población y servicios.** Facultad de Psicología. UBA. Anuario de investigaciones Vol. XIV, 2006

Más información y descarga de material

www.grupofusa.org/proyectodesear/



DeSeAr