

ANÁLISIS DE LOS APOYOS, FACILITADORES Y BARRERAS QUE SE ENCUENTRAN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA¹

Od. Christian Mosca²

(moscach@yahoo.com)

Lic. Patricia Verónica Ingénito³

Prof. Dr. Eduardo Rey⁴

Fecha de Recepción: 19 de Diciembre de 2019

Fecha de Aprobación: 3 de Enero de 2020

Resumen

La definición que hizo la AAMR (Asociación Americana sobre Retraso Mental) define a los **apoyos** como recursos y estrategias con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y mejorar el funcionamiento

¹ Artículo revisado y aprobado para su publicación el día 3 de Enero de 2020.

² Doctorando en Salud Pública. Odontólogo graduado por la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Docente de la Especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. Director del Curso de Cirugía y Traumatología BMF. Hospital Interzonal General de Agudos. Gral Perón. Avellaneda. Docente Asesor Colaborador del Hospital Interzonal General de Agudos, Pte Perón, Avellaneda.

³ Licenciada en Ciencias de la Educación, Universidad de Buenos Aires.

⁴ Presidente de la Academia Nacional de Odontología de la República Argentina. Director de la Carrera de Especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.

individual. Los facilitadores para la rehabilitación son definidos como factores ambientales y relevantes para la promoción de la funcionalidad y la prevención de incapacidades. En el ámbito de la arquitectura y el urbanismo, se denomina **barrera arquitectónica** a aquellos obstáculos físicos que impiden que determinados grupos de población puedan llegar, acceder o moverse por un espacio urbano, un edificio o una parte de él.

Se realizaron encuestas para personas con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente en cualquiera de sus versiones.

Los resultados del estudio demuestran las deficiencias que presentan las personas con discapacidad en apoyos, facilitadores y la presencia de múltiples barreras.

La accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud tanto médicos como odontológicos son deficiente.

Las personas con discapacidad se encuentran con demasiadas barreras arquitectónicas, falta de apoyos y de facilitadores que puedan mejorar el acceso a los mismos.

La falta de políticas hacia la mejoras en estos puntos, hace que las personas con discapacidad presenten en muchos casos aislamientos a los servicios de salud. Esto se ve reflejado con empeoramiento de su estado de salud y con discriminación.

Palabras clave: Discapacidad, Salud pública, Barreras arquitectónicas, CUD, Ley 24901

Abstract

The definition made by the AAMR (American Association on Mental Retardation) defines supports as resources and strategies with the objective of promoting the development, education, interests and well-being of a person and improving individual functioning. Facilitators for rehabilitation are defined as environmental and relevant factors for the promotion of functionality and prevention of disabilities. In the field of architecture

and urbanism, the physical barrier that prevents certain population groups from reaching, accessing or moving through an urban space, a building or a part of it is called an architectural barrier.

Surveys were conducted for people with the Unique Disability Certificate (CUD) in force in any of its versions.

The results of the study demonstrate the deficiencies presented by people with disabilities in supports, facilitators and the presence of multiple barriers.

The accessibility of people with disabilities to both medical and dental health services is poor.

People with disabilities encounter too many architectural barriers, lack of support and facilitators that can improve access to them.

The lack of policies towards improvements in these points makes people with disabilities in many cases present isolation to health services. This is reflected with worsening of their state of health and with discrimination.

Key words: Disability, Public health, Architectural barriers, CUD, Law 24901

Resumo

A definição feita pela AAMR (Associação Americana de Retardo Mental) define apoios como recursos e estratégias com o objetivo de promover o desenvolvimento, educação, interesses e bem-estar de uma pessoa e melhorar o funcionamento individual. Facilitadores para reabilitação são definidos como fatores ambientais e relevantes para a promoção da funcionalidade e prevenção de deficiências. No campo da arquitetura e do urbanismo, a barreira física que impede que certos grupos populacionais alcancem, acessem ou se movam através de um espaço urbano, um edifício ou parte dele é chamada de barreira arquitetônica.

Foram realizadas pesquisas para pessoas com o Certificado de Incapacidade Exclusivo (CUD) em vigor em qualquer uma de suas versões.

Os resultados do estudo demonstram as deficiências apresentadas por pessoas com deficiência em apoios, facilitadores e a presença de múltiplas barreiras.

A acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde médica e odontológica é baixa.

As pessoas com deficiência encontram muitas barreiras arquitetônicas, falta de apoio e facilitadores que podem melhorar o acesso a elas.

A falta de políticas para melhorias nesses pontos faz com que as pessoas com deficiência, em muitos casos, apresentem isolamento aos serviços de saúde. Isso se reflete no agravamento do estado de saúde e na discriminação.

Palavras-chave: Deficiência, Saúde pública, Barreiras arquitetônicas, CUD, Lei 24901

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en el año 2001 la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) definiendo a la Discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (World Health Organization, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2011)

Como hemos descrito en el artículo anterior (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019), en el último anuario estadístico nacional del año 2017 (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), 2017), realizado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), se verifica que la cantidad de Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) emitidos fue de 1.205.018 a

diferencia del año 2009 con 8759 CUD otorgados. Pero se calcula que el porcentaje de Personas con Discapacidad (PCD) es mucho mayor (HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina, s/f; Medina, 2018) .

Esta publicación tiene como objetivos evaluar los apoyos, barreras y facilitadores que necesitan las personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud y tener garantizada una atención adecuada; comparar estos resultados con los países que engloban el convenio mundial de discapacidad y evaluar la importancia de la atención integral de las personas con discapacidad.

La definición que hizo la AAMR (Asociación Americana sobre Retraso Mental) define a los **apoyos** como recursos y estrategias con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y mejorar el funcionamiento individual (Verdugo Alonso, 2002). Los servicios son un tipo de apoyo que proporcionan los profesionales y las instituciones. El funcionamiento individual resulta de la interacción de los apoyos con las dimensiones siguientes:

- Habilidades intelectuales.
- Conducta adaptativa.
- Participación.
- Interacción y roles sociales.
- Salud y contexto

Si se considera lo señalado por las Naciones Unidas en el año 2006 (Naciones Unidas, 2006) respecto a que la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, es decir, si se conceptualiza como un cruce entre variables que operan en la interacción del individuo con limitaciones y su ambiente físico, social y cultural (Lou, 2011), se hace necesario analizar la relación entre este sujeto con limitaciones y el ambiente en el cual vive, para promover

su autonomía, integración y otras capacidades; analizar sus conductas funcionales a fin de identificar los apoyos requeridos; y prestar diversos servicios para que puedan satisfacer sus necesidades de desarrollo integral.

Los facilitadores para la rehabilitación son definidos como factores ambientales y relevantes para la promoción de la funcionalidad y la prevención de incapacidades. En este sentido, el ambiente con una infraestructura adecuada viabiliza la utilización de recursos de tecnología asistencial que actúan como facilitadores, tales como: silla de ruedas, andadores, muletas, sillas de baño, entre otros. Los mismos pueden ofrecer a la persona una mayor independencia en las actividades diarias, participación en el contexto social y bienestar (Andrade, Ferreira, Vasconcelos, Lima, & Haase, 2011).

En el ámbito de la arquitectura y el urbanismo, se denomina **barrera arquitectónica** a aquellos obstáculos físicos que impiden que determinados grupos de población puedan llegar, acceder o moverse por un espacio urbano, un edificio o una parte de él. Se trata del tipo más conocido de barrera de accesibilidad, ya que está presente en el medio físico y es la que resulta más evidente a la sociedad. Las barreras arquitectónicas no solo dificultan o impiden la movilidad a las personas con discapacidad (Alfonso Naranjo, 2010). Se entiende que las barreras arquitectónicas impuestas para las personas, son formadas por todas las barreras relacionadas a las construcciones urbanas o a las edificaciones. La presencia de escaleras, escalones altos, baños no adaptados, puertas y ascensores estrechos constituyen parte de los innumerables ejemplos que se pueden citar como barreras arquitectónicas (White, y otros, 2010).

Materiales y métodos

Para la presente investigación fundamentalmente se protegieron los derechos de las personas con discapacidad, primeramente bajo el Consentimiento Informado, respetando los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki.

Se utilizó la metodología explicada en la publicación “Estudio sobre el estado de cobertura odontológica garantizada por la ley 24901 a favor de personas con discapacidad certificada en la república argentina” (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019). En esta publicación se analizan los puntos de barreras, apoyos y facilitadores que pueden presentar las PCD para acceder a los servicios de salud.

El trabajo se realizó utilizando un proceso descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, probabilístico, de sujetos voluntarios que detalla las condiciones de salud médica de las personas con discapacidad certificada en el país, además de poseer un carácter exploratorio de las distintas características de este grupo estudiado, para lograr evaluar aquellos aspectos que inciden en su condición y mostrar así las acciones que se podrían tomar para generarles mejor bienestar.

Se realizaron encuestas para personas con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente en cualquiera de sus versiones. El mismo fue revisado por expertos en diferentes ramas de la Odontología, Medicina, Traumatología y Discapacidad.

Para poder llevar esta validación se digitalizó la encuesta utilizando el sistema de formularios de Google Docs (García Cordova, 2002; Castañeda & Luque, 2004; Grasso, 2006; Valls, 2007; Pastor, 2009; Lozano Rodríguez, Valdes Lozano, Sánchez Aradillas, & Esparza Duque, 2011; Alarco & Álvarez, 2012; Abundis Espinosa, 2016). A la par, se confeccionó una página de Facebook (atención odontológica y discapacidad, @odontologiadiscapacidad) y a través del enlace se copió en los diferentes foros del país para que las personas con CUD o certificado de discapacidad vigente en cualquiera de sus versiones tomaran contacto con la encuesta.

Para demostrar que las respuestas a la encuesta son verosímiles y absolutamente certeras, en el cuestionario se solicita al entrevistado a ingresar un mail de contacto, y se valida la situación, comunicándose a ese e-mail, así como también por otros sistemas, tales como chat por alguna de las redes sociales usualmente utilizadas o por teléfono. Todo dato de personas que no se las puede contactar, son eliminados del sistema y de la estadística.

Aquellas personas que por su condición de salud no pudieron llenar el formulario por sus propios medios, se las ha contactado para su realización en forma telefónica (García Cordova, 2002; Castañeda & Luque, 2004; Grasso, 2006; Valls, 2007; Pastor, 2009; Lozano Rodríguez, Valdes Lozano, Sánchez Aradillas, & Esparza Duque, 2011; Alarco & Álvarez, 2012; Abundis Espinosa, 2016).

Este proyecto analizo un total de 409 encuestas validadas.

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico InfoStat 2018 (Di Rienzo, y otros, 2018).

En las confecciones de tablas y figuras se utilizó el programa Excel 2018. Se realizaron cálculos de FA (Frecuencia Absoluta); FR (Frecuencia Relativa); EE (Error Estándar); LS (Límite Superior); LI (Límite Inferior); Prueba de Bondad de Ajuste; χ^2 de Pearson; cálculo de p.

Para el análisis de las preguntas abiertas hacia las PCD, se utilizó el programa Atlas Ti 8 para Windows versión 8.3.20.0. En ninguna de las preguntas abiertas se ha modificado palabras que la propia PCD ha escrito, a excepción de la palabra **NINGUNO/A, o errores de ortografía**. Se tomaron palabras claves en las frases de cada pregunta teniendo en cuenta que se le estaba preguntando a la PCD, de esta forma el programa Atlas Ti puede contabilizar las palabras sin alterar la estadística.

En la Pregunta: *Enumere: ¿qué apoyos, facilitadores o eliminación de barreras le gustaría Ud. tener para acceder al edificio de la institución principal y la zona aledaña donde atiende el diagnóstico médico de su certificado de discapacidad? Si quiere puede explicar el porqué o aclarar que no necesita ninguna accesibilidad adicional a la que ya cuenta*. En esta pregunta se tomaron palabras claves para el atlas Ti. La misma fueron: Semáforos; Carteles Electrónicos; Transporte; Baños Adaptados; Ascensor; Veredas sanas; Estacionamiento; Rampas; Guía; Asientos; Capacitación; Adaptaciones; Sillas de ruedas; Iluminación; Turnos (por las solicitudes: una persona con condición de salud de hipoacusia no puede solicitar turnos por teléfono o una persona con condición de salud de ceguera no

puede solicitar turno por internet); Pictogramas. Tomando eso, se adaptó la planilla Excel para que sea de lectura fácil en Atlas Ti. A su vez se dividió esas palabras claves en cuales son apoyos, facilitadores o barreras, generando tres tablas diferentes.

La misma metodología se implementó en la pregunta: *Enumere ¿qué apoyos, facilitadores o eliminación de barreras le gustaría Ud. tener para acceder al edificio de su prestador odontológico y su zona aledaña? Por favor, brevemente explique el porqué. Puede responder “ninguna”.*

Para comprender si estas son barreras en base a su condición de discapacidad, se le ha pedido a las PCD que contesten una pregunta en donde tiene que describir que dificultad conlleva su condición.

Resultados

Como se ha detallado en la publicación anterior (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019) y solo a modo informativo el análisis de las encuestas detallaron una población que el 68% son de sexo femenino (n=278) y 32 % del sexo masculino (n=131) con una edad media de 32,6 años (Mediana=33; DE=21; Min=1; Max=83; Q1=12; Q3=51). El país de nacimiento Argentina (n=395; 96,6%); Chile (n=4; 1%); Paraguay (n=3; 0,7%); Uruguay, Perú y Colombia (n=2; 0,5% respectivamente); y España (n=1; 0,2%) con un valor de Chi² de Pearson de 2262,00; gl 6; p<0.0001, en que la distribución no es uniforme, y hay diferencias entre las categorías.

Las condiciones de salud que presentan las PCD conllevan a que presente dificultades en sus actividades diarias. En la tabla 1 y figura 1 se puede observar la distribución de las mismas, siendo que el 55.2% (n=226/409 encuestas) de las PCD encuestadas presentan problemas para la movilización de su cuerpo o parte de él (tengamos en cuenta que en esta pregunta la PCD podía marcar varias opciones en forma simultánea, casilla de verificación), y es el 24,6% (IC95: 21,8% a 27,3%) el mayor porcentaje de todos los problemas que conlleva las condiciones de salud. El segundo en relevancia es

compartido por tres problemáticas: Razonar y memorizar significados 16,6% (IC95: 14,2% a 19,0%); entender y comprender significados 16,3% (IC95: 13,9% a 18,7%); e ir al baño 12,7% (IC95: 10,6% a 14,9%).

Cuáles son los problemas que conlleva la discapacidad	FA	Porcentaje	IC 95
Mover su cuerpo o partes de él	226	24,6	21,8 a 27,3
Ir al baño	117	12,7	10,6 a 14,9
Respirar	37	4,0	2,8 a 5,3
	7		
Digerir o metabolizar alimentos	4	8,0	6,3 a 9,8
Ver	59	6,4	4,8 a 8,0
Escuchar	60	6,5	4,9 a 8,1
Entender y comprender significados	150	16,3	13,9 a 18,7
Razonar y memorizar significados	153	16,6	14,2 a 19,0
Hablar	34	3,7	2,5 a 4,9
Otras	10	1,1	0,4 a 1,8
Total	920	100,0	

Tabla 1: Distribución de las problemáticas que conlleva la condición de salud a las PCD

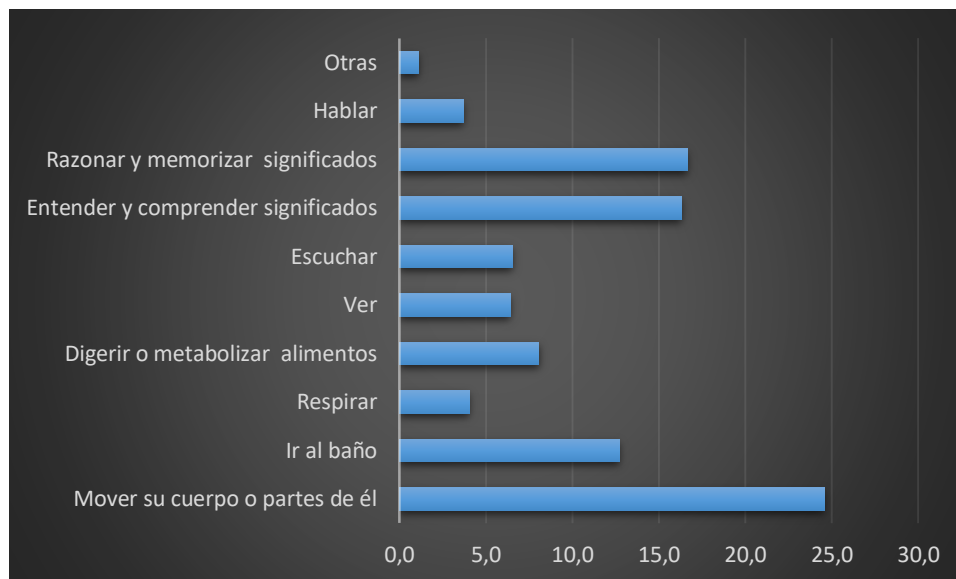


Figura 1: Distribución en porcentaje de las dificultades que presenta la condición de salud

Las PCD se atienden a nivel de su salud en distintas instituciones tanto públicas, instituciones pertenecientes a prepagas y obras sociales, y en forma privada. Para poder acceder a las mismas, el Estado Nacional tiene que garantizar con la ley de accesibilidad del entorno (N° 24.314), y a su vez las instituciones tienen que cumplimentar con la reestructuración de sus instalaciones para que las mismas sean aptas para la atención de las PCD.

En la tabla 2 se puede observar la distribución de aspectos del entorno arquitectónico para la accesibilidad de las PCD. De las 409 encuestas a esta pregunta de casilla de verificación, en donde se le pregunto con que contaba la institución, la PCD podía marcar varias opciones, ninguna dio como resultado una FA de 409. Los porcentajes mayores teniendo en cuenta el IC95 son: lugares donde permanecer sentado 19,7% (IC95: 17,8% a 21,6%), rampa en la entrada 18,2% (IC95: 16,3% a 20,0%), acceso a transporte público a menos de tres cuadras 16,4% (IC95: 14,6% a 18,2%).

Tabla 1:

Institución médica cuenta con:	FA	Porcentaje	IC 95
Rampas en la entrada	307	18,2	16,3 a 20,0
Rampas internas	173	10,2	8,8 a 11,7
Ascensores	246	14,6	12,9 a 16,2
Baños adaptados en todos los pisos	163	9,6	8,2 a 11,1
Baños adaptados pero no en todos los pisos	100	5,9	4,8 a 7,0
Acceso a transporte público a menos de tres cuadras	277	16,4	14,6 a 18,2
Acceso a transporte público a tres cuadras o más	70	4,1	3,2 a 5,1
Lugares donde permanecer sentado	333	19,7	17,8 a 21,6
Ninguna	21	1,2	0,7 a 1,8
Total	1690	100,0	

Distribución de aspectos del entorno arquitectónico que tienen las instituciones médicas que brinda la atención a las PCD.

En la pregunta siguiente al entorno arquitectónico las PCD pudieron expresarse sobre que apoyos, facilitadores o eliminaciones de barreras necesitaría para poder acceder a la institución principal médica (Fig 2). En la misma el 64,5% contestó ninguno, siendo el resto del porcentaje distribuido en rampas, ascensores, estacionamiento, veredas sanas, acceso a los servicios, la designación de turnos ya que las personas con condición auditiva no puede solicitarla por teléfono y los que presentan condición visual no pueden solicitarlas a través de la web por su cuenta. También piden semáforos, iluminación, transporte (tanto público, como también ambulancias, remis, o diferencial), baños adaptados. En la discusión retomaremos la ley de accesibilidad y el entorno arquitectónico.

En la figura 2 se muestra a modo general las respuestas que han dado.



Figura 2: Distribución (nubes de palabras claves por medio del programa Atlas Ti 8) de los apoyos, facilitadores o eliminación de barreras que necesita la PCD.

En la figura 3 se muestra los apoyos que las PCD necesitan para poder acceder a la institución médica.



Figura 3: Distribución (nubes de palabras claves por medio del programa Atlas Ti 8) de los apoyos que necesita la PCD.

En la figura 4 se muestran los facilitadores que necesita la PCD y en la figura 5 la eliminación de barreras que necesita para su acceso.



Figura 4: Distribución (nubes de palabras claves por medio del programa Atlas Ti 8) de los facilitadores que necesita la PCD.



Figura 1: Distribución (nubes de palabras claves por medio del programa Atlas Ti 8) de los apoyos las que necesita la PCD y que su ausencia actúan como BARRERAS.

En la tabla 3 se puede observar la frecuencia de las palabras claves de apoyos, facilitadores y barreras. Como puede observarse en los apoyos la palabra que más frecuencia tiene es la “capacitación”, esto refiere a la capacitación de los profesionales o de las asistentes con respecto al trato hacia las PCD o en los conocimientos sobre la condición

de salud y cómo realizar tratamientos sobre la misma. La segunda frecuencia son los turnos, en cómo obtener los mismos, ya que no solo existe la tardanza, sino que muchos son por teléfonos por lo cual las personas con sordera no pueden obtenerlo o por internet, que hace que una persona ciega también tenga mucha dificultad. La tercera frecuencia son las guías, esto se da en las personas con disminución de la visión o con pérdida total de la misma. No tienen personas idóneas en guiarlos hacia el lugar. La cuarta frecuencia se comparte entre el acompañante y el audio (en personas con disminución de la visión o pérdida total de la misma).

Con respecto a los facilitadores podemos observar que la mayor frecuencia es la adaptaciones en general (desde sillas en los baños, muletas o andadores), los pictogramas para personas con visión disminuidas o ciegas, carteles electrónicos donde se informe sobre los turnos o llamados, iluminación y sillas de ruedas.

APOYOS	Frecuencia	FACILITADORES	Frecuencia	BARRERAS	Frecuencia
acompañante	1	adaptaciones	2	Acceso	10
audio	1	cartel-electrónico	1	Ascensor	15
capacitación	11	iluminación	1	Asientos	4
guía	2	pictogramas	2	baño-adaptados	12
turnos	3	silla-de-ruedas	1	estacionamiento	16
				Rampas	19
				semáforos	2
				transporte	11
				veredas-dañadas	7

Tabla 3: Distribución de los apoyos; facilitadores y barreras

Con respecto a las barreras, aquí surgen diferentes inconvenientes arquitectónicos, y es donde aparecen mayores solicitudes por parte de las PCD (mayores frecuencias). En primer lugar tenemos las faltas de rampas tanto en las entradas de las instituciones como en las veredas); el segundo problema es el estacionamiento, principalmente para aquellos que se manejan con su propio vehículo o con acompañante ley 19279; en tercer lugar es la falta de ascensor en las instituciones; en cuarto lugar es la falta de baños adaptados; el quinto lugar es el sistema de transporte (sea tren o colectivos); en sexto lugar los accesos en general que engloban a todos a nivel de cambios arquitectónicos; y en menor frecuencia están las falta de veredas sanas, semáforos y asientos.

Hasta aquí, todas estas preguntas fueron orientadas a las instituciones médicas donde se atiende su condición de salud o diagnóstico explícita en el certificado de discapacidad.

En las siguientes gráficas y tablas se muestran qué ocurre con las barreras, apoyos y facilitadores en los centros de salud específicamente odontológicos.

Institución odontológica cuenta con:	FA	Porcentaje	IC 95
Rampas en la entrada	175	17,7	15,3 a 20,1
Rampas internas	59	6,0	4,5 a 7,4
Ascensores	120	12,1	10,1 a 14,2
Baños adaptados en todos los pisos	67	6,8	5,2 a 8,3
Baños adaptados pero no en todos los pisos	44	4,4	3,2 a 5,7
Acceso a transporte público a menos de tres cuadras	167	16,9	14,5 a 19,2
Acceso a transporte público a tres cuadras o más	60	6,1	4,6 a 7,5
Lugares donde permanecer sentado	251	25,4	22,6 a 28,1
Ninguna	47	4,7	3,4 a 6,1
Total	990	100,0	

*Tabla 4:
 Distribución de los aspectos del entorno arquitectónico que tienen las instituciones odontológicas que brinda la atención a las PCD*

En la tabla 4 se puede observar la distribución de los aspectos del entorno arquitectónico para la accesibilidad de las PCD en las instituciones odontológicas. De las 409 encuestas a esta pregunta de casilla de verificación en donde la PCD podía marcar varias opciones, ninguna dio como resultado una FA de 409. Los aspectos del entorno arquitectónico para facilitar el acceso a la PCD a la institución se distribuye en lugares donde permanecer sentados 25,4% (IC95: 22,6% a 28,1%); rampas en la entrada 17,7% (IC95: 15,3% a 20,1%); acceso a transporte público a menos de tres cuadras 16,9% (IC95: 14,5% a 19,2%); acceso a transporte público a tres cuadras o más 6,1% (IC95: 4,6% a 7,5%); baños adaptados en todos los pisos 6,8% (IC95: 5,2% a 8,3%); rampas internas 6,0% (IC95: 4,5% a 7,4%); ninguna 4,7% (IC95: 3,4% a 6,1%).

En la pregunta siguiente referida al entorno arquitectónico las PCD pudieron explayarse sobre qué apoyos, facilitadores o eliminaciones de barreras necesitaría para poder acceder a la institución odontológica. En la figura 6 se puede observar una distribución a través del uso del programa Atlas Ti8 en nubes de palabras.



Figura 6: Distribución a través del programa Atlas Ti8 en nubes de palabras de los apoyos o facilitadores y barreras para las PCD al acceder a la institución odontológica

En la misma (Fig. 6) se puede observar a nivel general que tipo de apoyos, facilitadores necesitaría para poder acceder a la institución odontológica. El 74,0% (n=303) han respondido que no necesitan ningún facilitador u apoyos para el acceso a la institución odontológica.



Figura 7: Distribución a través del programa Atlas Ti8 en máquina de escribir de los apoyos que necesitaría para acceder a la institución odontológica

Pero lo llamativo que resulta del análisis de esta pregunta en la encuesta es que el 5,6% (n=23) con distintos tipos de declaraciones han manifestado que quisieran profesionales más cercanos a su hogar capaces de poder atender a personas con discapacidad (Figura 7). Esto es parte de que en la odontología no hay servicios especializados en atención de determinadas condiciones de salud, mismo de servicios de anestesia general. Este punto refiere a la atención integral, capacitación profesional y la distribución de los centros especializados que hacen que muchas PCD tengan que recorrer grandes distancias para una atención bajo su condición de salud (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019).

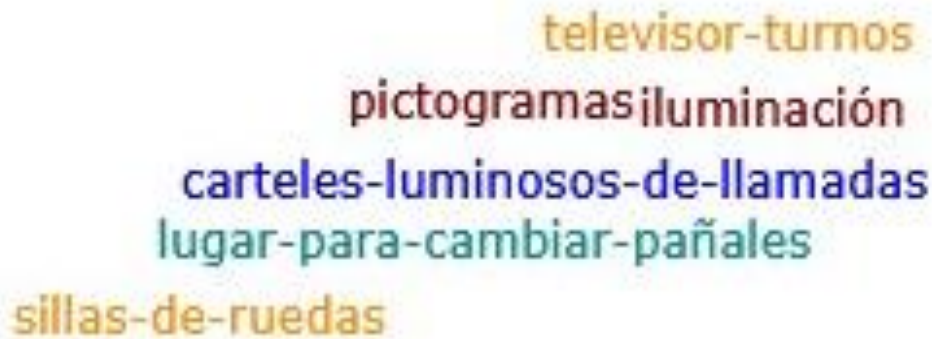


Figura 8: Distribución a través del programa Atlas Ti8 en nubes de palabras de los facilitadores que necesitaría para acceder a la institución odontológica

En la figura 8 se muestra los facilitadores que necesita la PCD en la institución odontológica. Con una frecuencia muy baja de 1 (uno) por facilitador se describe los pictogramas; televisores donde digan los turnos o carteles luminosos de llamadas (se los separa ya que son dos dispositivos diferentes con la misma función); sillas de ruedas y lugares para cambiar pañales.



Figura 9: Distribución a través del programa Atlas Ti8 en nubes de palabras de las barreras que impiden acceder a la institución odontológica

En la figura 9 se muestran en un análisis con Atlas Ti8 en una distribución en nubes de palabras la falta de apoyos y facilitadores, ausencia que opera como barrera en el acceso a la institución odontológica. La primera frecuencia es la falta de rampas (FA=37); la segunda es la falta de ascensores (FA=21); la tercera es la falta de transporte (FA=14); le sigue la falta de baños adaptados (FA=12); la falta de estacionamiento (FA=8); la falta de veredas sanas, cambios arquitectónicos en general y falta de puertas anchas (FA=3 respectivamente); falta de acceso a los consultorios, barandas y sillones adaptados (FA=1 respectivamente).

En la tabla 5 se muestra la frecuencia de los apoyos, facilitadores y barreras que necesita o dificultan, respectivamente, la accesibilidad a la institución odontológica. Al igual que para las instituciones médicas, las PCD presentan más reclamos por la presencia de barreras que le impiden el acceso a las instituciones. Este punto lo retomaremos con más profundidad en la discusión.

Apoyos	Frecuencia	Facilitadores	Frecuencia	Barreras	Frecuencia
Apoyos	1	carteles-luminosos-de-llamadas	1	acceso-a-los-consultorios	1
Interprete	1	iluminación	1	ascensor	21
mas-profesionales-capacitados-mas-cercanos	23	lugar-para-cambiar-pañales	1	baños-adaptados	12
turnos-mas-accesibles	2	pictogramas	1	barandas	1
		sillas-de-ruedas	1	cambios-arquitectónicos-general	3
		televisor-turnos	1	estacionamiento	8
				puertas-anchas	3
				rampas	37
				sillones-adaptados	1
				transporte	14
				veredas-dañadas	3

Tabla 5: Distribución de los apoyos, facilitadores y barreras que necesita o dificulta respectivamente la accesibilidad a la institución odontológica

Discusión

Antes de comenzar con la discusión de este trabajo, se necesita que el lector comprenda que este proyecto de estudio es el primero en abordar la problemática de las PCD en Argentina y analizar estadísticamente el cumplimiento o no de la ley 24901 y en menor grado de las leyes 24314, 22431 y 19279. En el escrutinio del estado del arte no se encontró antecedente de este tipo de pesquisa, por lo cual el análisis se basa en las leyes, en sentencias judiciales, en publicaciones de diarios e informes de los distintos organismos de gestión de los derechos de las PCD.

Si pudiéramos hablar de políticas socio-sanitarias, la discapacidad sería objeto específico y preferente de las mismas, ya que ésta suele suponer unas necesidades específicas de apoyo (mediante ayudas técnicas o asistencia personal) para la realización de las actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida diaria (Fantova, 2014), así como también, aunque no siempre, unas necesidades sanitarias específicas de atención, habilitación o rehabilitación. Además, la propia atención a la persona con discapacidad en el área sanitaria requiere que ésta sea accesible y esté adaptada a sus necesidades, comprendiendo desde la accesibilidad a los centros de salud o la accesibilidad a la comunicación y cognitiva en el proceso de atención médica hasta el respeto a la autonomía del paciente. En nuestro estudio las PCD han descrito grandes inconvenientes para poder acceder a las distintas instituciones, tanto médicas como odontológica, diferentes problemáticas en la falta de apoyos, facilitadores y, en la existencia de barreras arquitectónicas.

A dos décadas desde su reconceptualización, la discapacidad ya no se concibe como una condición individual sino como producto de la interacción entre las deficiencias de una determinada persona con discapacidad y su entorno, con sus barreras y obstáculos pero también con sus facilitadores (Organización Mundial de la Salud, 2011; Organización de las Naciones Unidas, 2006). La evolución de la concepción de la discapacidad desde un

modelo médico o rehabilitador a un modelo social o basado en los derechos (Jimenez Lara, 2007) supone modificar y redimensionar el papel y enfoque de las políticas sanitarias dirigidas al colectivo, tanto a nivel macro como a nivel micro, en lo relativo al modo en que se establecen las prácticas sanitarias.

La atención sanitaria y la atención social no se pueden entender como compartimentos estancos si no que guardan una estrecha relación entre sí, particularmente en el ámbito de la discapacidad y, sobre todo, en los casos de dependencia funcional. Podríamos hablar de una relación de complementariedad entre ambas, así como de continuidad. Esto es, la atención y rehabilitación sanitaria, por ejemplo, con frecuencia precisa ser acompañada de una atención social de cobertura a las necesidades de apoyo de la persona con discapacidad o incluso que en un determinado momento reemplace a una acción sanitaria intensiva proporcionada en un momento inmediatamente anterior. Así, en los casos en que se realiza una intervención hospitalaria (tanto de atención como rehabilitadora) tras la adquisición de una discapacidad de forma traumática (por ejemplo, un ictus o una lesión medular), en la medida en que van mejorando las secuelas de la discapacidad y se concluye la atención hospitalaria, es preciso que se *activen* los servicios sociales para que la persona pueda recibir los apoyos que precise para su vida diaria.

En España, a través del artículo 51 de la LGDPD (*Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*), se contempla una serie de servicios sociales, que serían: servicios de apoyo familiar, servicios de orientación e información, servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades y de promoción de la autonomía personal, servicios de atención domiciliaria (incluyendo la acción habilitadora o rehabilitadora), servicios de vivienda (atención residencial, viviendas tuteladas u otros alojamientos de apoyo a la inclusión), servicios de centros de día y de noche, así como también actividades deportivas, culturales y de ocio y tiempo libre. En el artículo 52 se definen los centros ocupacionales como servicios de terapia ocupacional y

ajuste personal y social que faciliten la capacitación y preparación para el acceso al empleo. Aunque no quedan encerradas como tales en esta norma, dentro de la política de servicios sociales también podrían tener cabida las ayudas técnicas y productos de apoyo de las personas con discapacidad (Fantova, 2014).

Es por este motivo que las políticas sanitarias han de tener en cuenta la especificidad de la discapacidad, tanto en los servicios prestados como en el modo de prestarlos, garantizando la accesibilidad, inclusión y autonomía de las personas con discapacidad. Las políticas sanitarias, en lo que concierne a la discapacidad, tendrían por objeto reducir los efectos y secuelas de la misma, mediante la prevención, la atención y la rehabilitación.

Esa aplicación efectiva y coordinada de las distintas políticas sectoriales es la que favorecerá la inclusión social de las personas con discapacidad, como establece el artículo 19 de la Convención, y permitirá reducir las desigualdades sociales existentes por razón de discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

El denominado Modelo Social de Discapacidad o de las barreras sociales, es un condensado complejo teórico que le lleva décadas madurar hasta quedar plasmado en un documento internacional como convención que entiende a la discapacidad como una condición originada por causas sociales y no por razones religiosas ni biológicas, sino a las limitaciones que tiene la sociedad para atender las necesidades de estos sujetos y en la prestación de servicios. A su vez, el Modelo Biopsicosocial articula dos modelos el Médico y el Social comprendiendo a la discapacidad como el resultado de la interacción entre la salud de una persona y la particularidad del contexto social y concreto donde ésta se desarrolla (Giaconi Moris, Zoia Pedrero, & San Martín Peñailillo, 2017). Estos modelos han influido para la conceptualización de la discapacidad y del mismo modo para cambiar el pensamiento de las personas sensibilizándolas para que lleguen a entender que las causas

de la discapacidad son en gran medida sociales, y que las personas con discapacidad pueden contribuir al desarrollo productivo del conjunto igual que las personas sin discapacidad en un marco de inclusión y respeto a sus derechos.

Pero, como viene demostrando este artículo, uno de los grandes problemas que surgen en la Argentina es la falta de accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud. Parte de este inconveniente es a causa del Estado Nacional, ya que el mismo no instaura programas de distribución de profesionales y de servicios especializados a lo largo del país (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019). Zaldúa, G y otros (Zaldúa, y otros, 2007), manifestaron entre dos ciudades (Gral. Mosconi y CABA), que distintos actores/as de la comunidad de Mosconi hacen alusión al deterioro del sistema de salud relegado en la falta de recursos humanos y materiales en salud, por ejemplo: se cuenta sólo con un médico rural para una población de 2400 personas; dos pediatras y un ginecólogo; no hay médicos especialistas (dermatólogos, cardiólogos, neurólogos, neumonólogos, etc.), ni psicólogos. Además se manifiestan serios problemas de infraestructura en el sistema público de salud. Con lo dicho, se quiere dejar en claro que estos conceptos se originan en estadísticas serias y fuera de connotaciones político-partidarias.

Esto se debe también a muchas políticas sanitarias que se llevan a cabo. Entre las múltiples problemáticas que enfrenta el sistema sanitario son mencionadas las siguientes: recortes presupuestarios, flexibilización laboral, escaso personal de salud en relación a la cantidad y complejidad de las demandas producidas en los hospitales públicos, demandas novedosas y difíciles de abordar desde la mirada de una sola disciplina, o desde la voluntad solitaria del trabajador/a de la salud (Zaldúa, y otros, 2007; Maceira & Reynoso, s/f).

El análisis de las barreras y facilitadores se focaliza en aquellos aspectos que determinan tanto la reproducción como las posibilidades de transformación de las

condiciones discapacitantes. En particular el acceso efectivo a la salud y al certificado de discapacidad, como condición de posibilidad para el ejercicio de los derechos ciudadanos destinados a la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad, se constituyen como áreas prioritarias de análisis e intervención. En Argentina hay en promedio 4,5 a 5,5 millones de personas con discapacidad (INDEC, 2018), pero hasta el último anuario 2017 (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), 2017) hay otorgados 1.205.018 de certificados de discapacidad, de esto se puede inferir que hay grandes problemas al momento de evaluar a las PCD por parte de las juntas evaluadoras (no hay criterios unificados), y muchas PCD desconocen de la ley o la forma de obtener los CUD (HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina, s/f). A lo dicho agregamos la observación de que la tramitación del certificado de discapacidad en Argentina es voluntaria y no obligatoria quedando así la carga de su tramitación en un acto individual que cada PCD sorteará con recursos propios situación contraria al ideal que significaría que el certificado de discapacidad fuera de emisión obligatoria lo que pondría sin duda al estado y a todos los agentes intervinientes en responsables ineludibles de su entrega.

Al igual que el estudio de Zaldúa (Zaldúa, y otros, 2007), este proyecto encontró que las PCD manifestaron la necesidad de Apoyos, Facilitadores y la presencia de Barreras arquitectónicas que dificultan el acceso a los institutos médicos y odontológicos. Zaldúa en su análisis del 2007 manifestó que han:

“encontrado en particular las barreras físicas (escalones y marcos angostos en las viviendas y espacios públicos, presencia de pozos en los pasillos y veredas, falta de rampas), del transporte (falta de unidades adaptadas, horarios inconstantes, en especial en el Conurbano Bonaerense) y de la comunicación (falta de señalización y dispositivos especiales para personas hipoacúsicas y disminuidos visuales), las que limitan la movilidad y autonomía necesarias tanto para el

desarrollo de actividades cotidianas, el acceso a la atención en salud así como también para la participación social en esta población”.

Trece años después, este proyecto demuestra que nada ha cambiado bajo las supuestas políticas de inclusión de las personas con discapacidad.

Es importante comprender que a muy bajo costo o más aún sin ninguno, es posible lograr la accesibilidad; pero para ello es preciso que se tenga en cuenta desde las etapas iniciales del proyecto de edificación (Organización Panamericana de la Salud -OPS, 2008).

Cuando las edificaciones o el entorno están construidos es posible eliminar barreras realizando cambios que resultan generalmente costosos. Prevenir la accesibilidad a tiempo puede ser gratis, pero lograrlo en edificaciones en uso, suele ser costosísimo. De ahí la enorme responsabilidad de arquitectos, diseñadores y urbanistas en la concepción aceptada del diseño para todos y sus consecuencias (Organización Panamericana de la Salud -OPS, 2008).

En los Estados Unidos desde la implementación de la “ley para personas con discapacidades” (ADA, por sus siglas en inglés) en 1990 por el entonces presidente George H.W. Bush, cambiaron rotundamente el trato hacia las PCD (ADA , 2019). Desde aquel 26 de julio de 1990 el presidente prohibió la discriminación por razones de discapacidad en el empleo, en el gobierno estatal y local, en los lugares públicos, establecimientos comerciales, el transporte y las telecomunicaciones (Univisión, 2015).

Distintas PCD en los Estados Unidos han manifestado que desde la implementación de la ley federal cualquier edificio, del gobierno o no, debe cumplir con unas exigencias de construcción. Pueden usar el transporte público, para poder ir al trabajo en autobús o tren, tanto de día como por la noche.

Pero una de las cosas que se refleja en muchas publicaciones acerca del trato en países desarrollados, es el cambio de la mentalidad de la población. En una declaración de Judith Heumann (Univisión, 2015) deja en claro que:

“Al principio cuando había oposición para volver accesibles los espacios, la gente pensaba que solo beneficiarían a un pequeño grupo de personas. Pero no, no es solo para las discapacidades: un elevador en el tren es también para las personas mayores, embarazos y con hijos. Benefician a toda la población”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que las barreras en términos generales son factores dentro del entorno de una persona que, al estar ausente o presente, condicionan el funcionamiento y generan discapacidad. Existe como ejemplo; un ambiente físico inaccesible, la carencia de tecnología básica de asistencia ya sean los mecanismos de asistencia, adaptación y rehabilitación; los servicios, sistemas y políticas que no participan y dificultan la intervención de las personas con una indisposición en cualquier aspecto de la vida (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015).

La identificación de las barreras de acceso y uso de los servicios de salud es un requerimiento indispensable para afrontar las inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios, en las cuales encontramos las siguientes:

1. Barreras personales

El reconocimiento de los pacientes, de sus necesidades de servicios y sus decisiones de buscar atención médica constituyen generalmente el primer paso en el proceso de acceso a los servicios (Organización Mundial de Salud (OMS), 2009). La probabilidad de utilizar servicios depende del equilibrio entre las percepciones de los individuos sobre sus necesidades y sus actitudes, creencias y experiencias anteriores con los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud implica que los individuos reconozcan y acepten su

necesidad ante los servicios y reconocimiento de los recursos socialmente generados que están dispuestos a utilizar (Organización Mundial de Salud (OMS), 2009; Millman, 1993). Estos procesos de acceso son sujetos a influencias sociales y culturales, así como a limitaciones ambientales (Millman, 1993).

2. Barreras simbólicas

Para Comes (Comes, 2006) los servicios de salud también producen subjetividad debido a que su actividad e inactividad conlleva a la producción de efectos personales en la población, los cuales generan señales para construir ideas o creencias sobre ellos mismos. Avalando esta noción, la población posee una opinión positiva sobre la calidad de la atención en cualquier centro de salud (Comes, 2006).

3. Barreras económicas

Las barreras financieras pueden influir en el empleo de los servicios por parte de los pacientes, sobre todo cuando se basa de servicios del sector privado. Teniendo en consideración que, los servicios públicos de salud en su mayoría son gratuitos (ya que hay prestaciones dentro del público que se deben de pagar, principalmente en los servicios de odontología), pueden existir costos extra que no son tomados en cuenta ni son considerados dentro de un esquema de aseguramiento, en donde los pacientes no pueden remunerar el tiempo perdido por ausentarse en el trabajo, el transporte hacia los servicios médicos, la atención odontológica y oftálmica, entre otros (Millman, 1993). Incluso en países como el Reino Unido, aunque el sistema es esencialmente gratuito en el punto de uso, existen cargos por servicios específicos (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015; Mosca, Ingénito, & Rey, 2019).

Nuevamente, Comes (Comes, 2006) mencionan que con respecto a los medicamentos que son recetados a los pacientes, 7 de cada 10 adultos mayores que reciben indicación médica para consumirlos, generan un gasto mensual de noventa dólares y 3 de

cada 10 personas mencionan que dejaron de comprar los medicamentos por falta de recursos, dejando el proceso de atención de manera incompleta, como nos hemos exployado más arriba y retomaremos de nuevo más adelante con la discapacidad y la odontología.

Los inconvenientes económicos y el gasto catastrófico que genera la condición de discapacidad lleva a poner en riesgo la salud de la persona, su integridad y la misma vida. Históricamente, la economía constituyó en nuestro país una de las mayores barreras para estos pacientes.

4. Barreras administrativas

Expresan el problema que impone la estructura misma de los servicios, por ejemplo la postergación y tiempos de espera como consecuencia de la excesiva demanda o el uso deficiente de los recursos. Las variaciones sistemáticas en las prácticas de referencia también actúan como barreras para acceder a la atención, especialmente la derivación de la atención primaria a la secundaria. El rediseño de la forma en que se prestan los servicios clínicos, como el reemplazo de las listas de espera por los sistemas de reserva, los horarios de atención o los turnos (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015; Millman, 1993).

5. Barreras sociales y culturales

Se refieren a la capacidad colectiva de presentarse a los servicios de salud y los principios culturales de las personas o población que limitan el acceso a los mismos (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015; Millman, 1993). Es importante enfatizar que la educación y la cultura se encuentran considerablemente relacionadas, debido a que están constantemente modificándose de acuerdo a la mutación evolutiva y transmiten la sabiduría y experiencia que la sociedad requiere.

6. Barreras geográficas

Este punto en la discapacidad se considera muy importante, muchos servicios se encuentran a grandes distancias y las PCD se encuentran aislada de los mismos. Se considera una barrera a la posición que perjudica aquellas poblaciones que se localizan apartadas, a más de tres horas de la instalación de salud más cercana por medio del traslado más habitual de la zona (World Health Organization, 2001).

Asimismo, se consideran excluidas geográficamente a las poblaciones que por su localización inalcanzable, permanecen a una distancia de más de un día, de un servicio de salud con mayor capacidad resolutive que el establecimiento donde se origina la atención (World Health Organization, 2001).

Adicionalmente Comes (Comes, 2006) menciona que la barrera geográfica no sólo se basa en el lugar que la persona se encuentre si no en presentar algún tipo de problema físico, por lo que la persona requiera algún acompañante para su desplazamiento al centro de salud más cercano (World Health Organization, 2001).

En lo que respecta a la atención odontológica diferentes condiciones de salud como autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral y deficiencia auditiva, generan más predisposición a las enfermedades bucales, de esa manera los profesionales odontólogos deben de brindar una atención de calidad en los servicios de salud bucal. Lograr que todos los niveles de los sistemas de salud existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean asequibles a las personas con discapacidad permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud. Aunque las personas con discapacidad deberían recibir los servicios de atención primaria, hay que disponer de servicios, organizaciones e instituciones especializadas para asegurar una atención de salud integral cuando sea necesario (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011; OMS, 2017).

Al mismo tiempo se puede implementar distintas medidas preventivas para que las PCD con determinadas condiciones entiendan las indicaciones sobre los cuidados bucales. Los Símbolos Pictográficos para la Comunicación (SPC) fueron diseñados por Roxana Mayer Johnson en 1981 (LAUMONSAAC - SPC) estos sistemas consiste básicamente en dibujos sencillos y representativos de conceptos u objetivos que se utilizan como sistemas alternativos a la comunicación vocal. Es la representación del lenguaje mediante objetos reales, fotos, dibujos o pictogramas (Comunicación aumentativa y alternativa). Cada pictograma se presenta con la palabra correspondiente en la parte superior y en diferentes cartulinas de colores según la categoría gramatical a la que hace referencia; es válido especialmente para una población con las siguientes características:

- Personas con limitaciones motoras graves, que carecen de lenguaje oral, con déficit visual asociado, por lo que necesitan un mínimo de rasgos para poder reconocer y discriminar los símbolos.
- Personas con limitaciones motoras, sin lenguaje oral, y limitaciones en capacidad mental, que no pueden acceder a un sistema de símbolos más complejo y completo
- Niños paráliticos cerebrales sin posibilidad de habla inteligible, que por su edad de desarrollo cognitivo, y de una manera eventual, utilizan un sistema pictográfico como único medio válido de comunicación y de aprendizaje de las adquisiciones preescolares.

Como se ha analizado en los resultados de este trabajo de investigación, muchas de las PCD encuestadas han solicitado el uso de pictogramas como medio de comunicación con el profesional.

Conclusiones

La accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud tanto médicos como odontológicos son deficientes.

Las personas con discapacidad se encuentran con demasiadas barreras arquitectónicas, falta de apoyos y de facilitadores que puedan mejorar el acceso a los mismos.

La falta de políticas hacia la mejoras en estos puntos, hace que las personas con discapacidad presenten en muchos casos aislamientos a los servicios de salud. Esto se ve reflejado con empeoramiento de su estado de salud y con discriminación.

Podemos afirmar, sin lugar a dudas, que específicamente en la salud bucal los alarmantes datos (Mosca, Ingénito, & Rey, 2019) (tan sólo con tomar datos específicos la salud bucal) dan cuenta de la dimensión sobre el incumplimiento de este derecho legislado en la ley 24901 desde el año 1997, con garantía de gratuidad en el ciento por ciento de las necesidades odontológicas y hacer extensiva esta preocupación al incumplimiento de las necesidades médicas, línea que puede quedar en carpeta para futuras pesquisas.

Nota:

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de Stamboulian con fecha 19 de julio de 2018 y cuenta con el Aval de la Academia Nacional de Odontología con fecha 30 de julio de 2018

El cuestionario para las Personas con Discapacidad y los Establecimientos Públicos se encuentra protegido por la Dirección Nacional de Derecho de Autor exp RL-2018-23015686-APN-DNDA#MJ

El proyecto de investigación, sus resultados, tablas, gráficas y estadísticas se encuentran protegidos por la Dirección Nacional de Derecho de Autor. Hecho el depósito el 16 de julio de 2019 bajo el número de expediente EX -2019-64064309-APN-DNDA#MJ.

Referencias bibliográficas

- Abundis Espinosa , V. M. (Agosto de 2016). Beneficios de las encuestas electrónicas como apoyo para la investigación. *Revista Académica de Investigación*, 22, 168-186. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>
- Lozano Rodríguez, A., Valdes Lozano, D., Sánchez Aradillas, L., & Esparza Duque, E. (2011). Uso de google docs como herramienta de construcción colaborativa tomando en cuenta los estilos de aprendizaje. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 8(4), 23-39.
- ADA . (30 de Junio de 2019). *ADA National Network. Information, Guidance, and training on the americans with Disabilities*. Obtenido de <https://adata.org/>
- Alarco, J., & Álvarez, E. (2012). Google Docs: una alternativa de encuestas online. *Educación Médica*, 15(1), 9-10. doi:10.4321/S157518132012000100004
- Alfonso Naranjo, B. (Mayo de 2010). Barreras arquitectónicas y discapacidad. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*(8), 1-9. Obtenido de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7197.pdf>
- Andrade, P., Ferreira, F., Vasconcelos, A., Lima, E., & Haase, V. (2011). Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. *Rev. paul. pediatr.*, 3(29), 320-327.
- Castañeda, J., & Luque, T. (2004). Diseños de investigación comercial en internet: oportunidades y limitaciones. *Investigación y Marketing*, 84, 20-28.
- Comes, Y. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología-UBA Anuario de Investigaciones.
- Comunicacion aumentativa y alternativa*. (s.f.). Obtenido de <http://www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/comunicacinaumentativayalterna.pdf>

- Di Rienzo, J., Casanoves, F., Balzarini, M., Gonzalez, L., Tablada, M., & Robledo, C. (2018). InfoStat version 2018. Cordoba, Argentina. Obtenido de <http://www.infostat.com.ar>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex.*, 57, 180-86.
- Fantova, F. (2014). *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid: CCS.
- García Cordova, F. (2002). El cuestionario: Recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionarios.
- Giaconi Moris, C., Zoia Pedrero, S., & San Martín Peñailillo, P. (2017). La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. *Psicoperspectivas*, 16(1), 55-66. doi:10.5027
- Grasso, L. (2006). "Encuestas: elementos para su diseño y análisis.
- HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina. (s/f). Certificado de Discapacidad: Denuncian que es "casi acusatorio" el interrogatorio para obtenerlo. Obtenido de <http://www.hipertensionpulmonarargentina.org/certificado-de-discapacidad-denuncian-que-es-casi-acusatorio-el-interrogatorio-para-obtenerlo/>
- INDEC. (2018). *INDEC: Estudio nacional sobre la población con discapacidad*. Recuperado el 04 de Junio de 2019, de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/indec-estudio-nacional-sobre-la-poblacion-con-discapacidad>
- Jimenez Lara, A. (2007). *Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes*. Madrid: Thompson Reuters Aranzadi.
- LAUMONSAAC - SPC. (s.f.). *Símbolos Pictográficos para la comunicación*. Recuperado el 13 de 06 de 2019, de <http://laumonsaac.wikispaces.com/SPC+%28S%C3%ADmbolos+Pictogr%C3%A1ficos+para+la+comunicaci%C3%B3n%29>
- Lou, M. (2011). Discapacidad: concepto y modelos explicativos. En M. Lou, *Atención a las necesidades educativas específicas* (págs. 18-38). Madrid: Piramide.
- Maceira, D., & Reynoso, A. (s/f). *Financiamiento en salud y protección social en América Latina y el Caribe. Gasto Financieramente Catastrófico y Empobrecedor en Salud. Argentina, 1997-2005*.

- Medina, R. (18 de Abril de 2018). El INDEC sale a relevar cuántas personas con discapacidad hay en la Argentina. *Clarín Sociedad*. Obtenido de https://www.clarin.com/sociedad/indec-sale-relevar-cuantas-personas-discapacidad-argentina_0_HkIXmgBhz.html
- Millman, M. (1993). *Access to Health Care in America*. Washington, DC: *The National Academies Press*.
- Mosca, C., Ingénito, P., & Rey, E. (2019). Estudio sobre el estado de cobertura odontológica garantizada por la ley 24901 a favor de personas con discapacidad certificada en la república argentina. *Revista Científica de UCES*, 24(2), 25-50. Obtenido de <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/712>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ginebra.
- OMS. (06 de 06 de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La OMS actualiza la Lista de Medicamentos Esenciales con nuevas recomendaciones sobre el uso de antibióticos: <https://www.who.int/es/news-room/detail/06-06-2017-who-updates-essential-medicines-list-with-new-advice-on-use-of-antibiotics-and-adds-medicines-for-hepatitis-c-hiv-tuberculosis-and-cancer>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y protocolo facultativo. Resolución 61/106, aprobada por la Asamblea General el 13 de diciembre de 2006*. Obtenido de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre discapacidad*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio y Sanidad, política social e igualdad. Centro de publicaciones Paseo del Prado.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Paseo del Prado, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2009). *Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA62.14*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*.

- Pastor, J. (2009). Los formularios en línea como herramienta telemática para interactuar con los estudiantes. *Revista d'Innovació Educativa*, 3, 79-83.
- Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR). (2017). *Datos estadísticos sobre discapacidad 2017*. Buenos Aires.
- Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR). (2017). *Datos estadísticos sobre la discapacidad 2017*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>
- Univisión. (24 de Julio de 2015). La ley que protege a los discapacitados en EEUU cumple 25 años, ¿qué ha cambiado? Obtenido de <https://www.univision.com/noticias/salud/las-lecciones-que-deja-la-ley-que-protege-a-los-discapitados-en-eeuu>
- Valls, O. (2007). Investigación on-line: menos costes y mayor rapidez. *Investiga: Publicación de Investigación de Mercados*, 17, 24-28.
- Verdugo Alonso, M. (2002). *ANÁLISIS DE LA DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LA*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca, Salamanca. Obtenido de http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf
- White, D., Jette, A., Felson, D., LaValley, M., Lewi, C., Torner, J., . . . Keysor, J. (2010). Are features of the neighborhood environment associated with disability in older adults? *Disability and Rehabilitatio*, 8(32), 639-645.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.
- Zaldúa, G., Sopransi, M. B., Nabergoi, M., Longo, S., Estrada Maldonado, S., & Veloso, V. (2007). Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007*, (págs. 204-207). Buenos Aires. Obtenido de <https://www.academica.org/000-073/467>