

# Capítulo 2

## Salud y personas con discapacidad: hacia un acceso equitativo

Elena S. Rotarou  
Rafael Pizarro  
Wilson Verdugo

### Introducción

La salud es un derecho humano fundamental. Aunque este concepto ha tenido varias definiciones a través del tiempo, una de las definiciones más relevantes se refiere a la salud como “la medida en la cual una persona o un grupo puede cumplir sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, por un lado, y cambiar y enfrentar los desafíos del entorno, por el otro, [con el objetivo de] lograr un estado de bienestar físico, mental y social” (Organización Panamericana de la Salud, 2021, p. 25, p. 84).

Aun cuando las personas con discapacidad tienen el mismo derecho que los demás a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, esto no siempre se cumple, pese a que ese derecho está protegido en tratados internacionales y en la constitución nacional de numerosos países. El 17 de septiembre de 2008, Chile promulgó y ratificó la Convención de las Naciones

Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Específicamente, en su artículo 25, este tratado reconoce lo mismo: que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes deben asegurar su acceso a servicios de salud, incluso a servicios de habilitación y rehabilitación y de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, 2008).

En este capítulo, se aborda el tema del acceso a la salud para las personas con discapacidad en el contexto latinoamericano y en particular en el chileno. Al principio, se presenta el sistema de salud chileno y algunos organismos del Estado relacionados con la salud y la discapacidad. Después, se explica qué es la equidad en salud y se exhiben las barreras que obstaculizan el acceso equitativo a los servicios de salud por parte de las personas con discapacidad. Finalmente, se presentan algunos datos que evidencian la brecha en el acceso a la salud entre personas con y sin discapacidad, y se proponen medidas que podrían contribuir a lograr un acceso equitativo.

## **Las personas con discapacidad en el sistema de salud chileno**

Desde una perspectiva general, el sistema de salud es la forma en la que cada país realiza la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión de la salud. Existen tres grandes tipos de sistemas de salud en el mundo: públicos, privados y mixtos (que son una combinación de los

dos anteriores). En el caso de los países de Latinoamérica y el Caribe, los sistemas son principalmente mixtos.

El sistema de salud chileno es mixto (la ejecución y provisión de servicios es entregada por prestadores públicos y privados) y lo regula el Ministerio de Salud (MINSAL). El seguro público de salud se denomina Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el seguro privado incluye principalmente a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs). FONASA agrupa en cuatro tramos a sus beneficiarios —Tramos A, B, C y D—, lo que depende principalmente del ingreso de la persona; los afiliados al Tramo A son personas carentes de recursos, mientras que los afiliados al Tramo D tienen un mayor nivel de ingresos. Históricamente, tres de cada cuatro habitantes del país son cubiertos por el sistema público (González et al., 2019). Sin embargo, a través de la Modalidad Libre Elección de FONASA —disponible para los afiliados de los Tramos B, C y D de FONASA—, los afiliados se pueden atender en el sistema privado de salud mediante la compra de bonos. Al sistema público y privado se suman las aseguradoras de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) y de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública (DIPRECA).

En lo que respecta a la provisión de los servicios públicos, la red asistencial pública está organizada en tres niveles de atención. La atención primaria, de carácter ambulatoria y de menor complejidad, es el primer nivel de contacto con la ciudadanía y funciona con cada establecimiento abarcando un territorio determinado y un número específico de habitantes. Este nivel tiene dependencia municipal e incluye los Centros comunitarios de rehabilitación (CCR) y las salas de rehabilitación

basada en la comunidad (RBC), a través de la estrategia de RBC de salud familiar y comunitaria (Ministerio de Salud de Chile, 2023). La atención secundaria es de mediana complejidad e incluye Hospitales, Institutos y Centros de Diagnóstico y Tratamiento dependientes de servicios de salud. Se accede por derivación desde el nivel primario o tras consultar las Unidades de emergencia. El nivel terciario de atención incluye a establecimientos que realizan procedimientos más complejos y uso de mayor tecnología.

La provisión de servicios de salud privados se compone de un nivel hospitalario, que involucra clínicas de alta y mediana complejidad, y un nivel ambulatorio, con centros médicos y consultas privadas. La mayor parte de estas instituciones son con fines de lucro. Además de los prestadores públicos y privados, las Fuerzas Armadas y de Orden y también las Mutualidades tienen su propia red de prestadores, y cuentan con centros médicos para atender a sus beneficiarios. Estos prestadores pueden establecer convenios tanto con FONASA como con las ISAPREs y, en consecuencia, los beneficiarios pueden recurrir a prestadores públicos y privados cuando los servicios institucionales no entreguen alguna prestación (González et al., 2019).

En Chile, las personas con discapacidad pueden acceder a distintos beneficios y exigir adaptaciones de accesibilidad si se encuentran inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad y cuentan con su credencial de discapacidad. El trámite para obtener la credencial se inicia en la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), y el organismo que la entrega

es el Servicio de Registro Civil e Identificación. Muchas personas se preguntan qué deficiencias o enfermedades exactas permiten obtener la credencial de discapacidad. La respuesta es que no existe un catálogo definido que implique el ingreso automático al Registro Nacional de la Discapacidad.

El Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) fue creado por mandato de la Ley N° 20.422 publicada el 10 de febrero de 2010, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. La misión del SENADIS es promover el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, fomentando su inclusión social y contribuyendo al pleno disfrute de sus derechos. Además, busca eliminar cualquier forma de discriminación fundada, a través de la coordinación del accionar del Estado y la ejecución de políticas, programas e iniciativas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de estas personas.

En lo referente a salud, el SENADIS se enfoca en la prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad y en situación de dependencia mediante dos programas: el Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad, y el Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria.

## **Acceso a salud**

El acceso a la salud es un término amplio y heterogéneo, ya que incluye cuatro elementos esenciales que están

interrelacionados: la disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud. La disponibilidad se refiere a la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud para toda la población. La aceptabilidad se relaciona con la ética médica y a lo que resulta apropiado desde un punto de vista cultural y de género. La calidad se refiere a las características que deben tener los servicios de salud, como por ejemplo que sean seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (Organización Mundial de la Salud, 2023). La accesibilidad, finalmente, se enfoca en las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización; es un concepto multidimensional que apunta a la probabilidad de obtener atención de salud cuando se la requiere (González et al., 2019). Las dimensiones de la accesibilidad varían según los distintos autores, pero todos aluden a la evaluación sistemática de los aspectos geográficos, económicos y de aceptabilidad sociocultural que afectan la capacidad de usar los servicios. De esta forma, la accesibilidad es mayor cuando no hay una excesiva distancia o inseguridad al centro de salud, el precio del servicio es compatible con la capacidad de pago de los potenciales usuarios, es cómodo en cuanto a los horarios de atención y es culturalmente aceptable, especialmente en lo relacionado al lenguaje.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, determinados a nivel nacional de acuerdo con las necesidades de la población;

así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. Al mismo tiempo, se pretende que el uso de estos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad (como es el caso de muchas personas con discapacidad). El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones para fomentar el compromiso de toda la sociedad con la salud y el bienestar. Ambos son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable.

## **Equidad en salud**

Un principio fundamental que busca garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial en salud es la equidad en salud. Siendo un componente central de la justicia social, la equidad en salud indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas (Organización Panamericana de la Salud, 2024). En pocas palabras, se trata de garantizar que todos tengan acceso a los mismos recursos y oportunidades para mantener y mejorar su salud, independientemente del origen socioeconómico, género, raza u otras características personales. Este concepto va más allá de la igualdad en salud; la equidad no se refiere a diferencias biológicas, como por ejemplo el cáncer de mama que afecta principalmente a las mujeres, sino a diferencias injustas y poco éticas. La equidad

en salud tiene como objetivos la identificación de los factores que contribuyen a las inequidades, la eliminación de estas disparidades y el acceso a la atención médica oportuna y de buena calidad para toda la población. Es compatible con el derecho fundamental de cada persona a disfrutar del mejor nivel posible de salud física y mental, y no se limita a la distribución equitativa de los recursos.

La equidad en salud es crucial para el bienestar individual y el bienestar de la sociedad en su conjunto. Tomando en cuenta que aproximadamente un 16% de la población mundial tiene una discapacidad, la importancia socioeconómica y política de la promoción de la equidad sanitaria es evidente. Lograr la equidad para las personas con discapacidad, además de tratarse de un tema de derechos humanos, es fundamental para la estructura social y económica de una comunidad. El acceso equitativo a servicios de salud lleva a mejores resultados en salud, a un mayor bienestar para las personas con discapacidad y a un aumento de su inclusión y participación en la sociedad, que conduce, a su vez, a un incremento de la productividad, disminución de los costos de atención médica y formación de comunidades más fuertes con una población más saludable.

Aunque la equidad en salud es un objetivo importante de los sistemas de salud en todo el mundo, hay múltiples obstáculos que impiden alcanzarla. La identificación de estas barreras es esencial para elaborar políticas públicas efectivas que disminuyan las inequidades en salud.

## **Barreras en el acceso a los servicios de salud**

El acceso y la utilización de servicios de salud oportunos, pertinentes, asequibles y de buena calidad por parte de las personas con discapacidad dependen de ciertos factores asociados a la sociedad, economía, estilos de vida y al sistema de salud. Estos factores se pueden categorizar en cuatro grupos: a) factores estructurales, que se refieren al contexto socioeconómico y político en su amplitud, como por ejemplo el sistema político o el nivel de ingresos de cada país; b) factores de riesgo, que son factores asociados a las enfermedades no transmisibles, como el consumo de alcohol y tabaco; c) factores del sistema de salud, relacionados con todos los componentes básicos de los sistemas de salud, como la prestación de servicios y el personal sanitario; y d) los determinantes sociales de la salud, es decir, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Estas circunstancias incluyen el nivel educacional, los ingresos, el empleo, la vivienda, el transporte, las políticas sociales, la calidad del aire y el sistema de salud, entre otras.

Las personas con discapacidad tienen en general una menor educación, menores niveles de empleo y tasas más altas de pobreza, variables que impiden su plena inclusión social y económica. En relación con los factores de riesgo, las personas con discapacidad se ven en situación de desventaja en comparación con la población general, a causa de las intervenciones de salud pública poco inclusivas.

La relación entre discapacidad y los determinantes sociales de salud es bidireccional. Por un lado, la pobreza, por ejemplo, puede aumentar el riesgo de adquirir una discapacidad a través de la malnutrición, el acceso inadecuado a educación y atención de salud, condiciones laborales inseguras, un ambiente contaminado y la falta de acceso a agua potable y saneamiento. Por otro lado, la discapacidad también puede aumentar el riesgo de pobreza por la falta de oportunidades de empleo y educación, los salarios más bajos y el mayor costo de vida que supone vivir con una discapacidad.

Estas condiciones tienen impactos diferentes para varios subgrupos de la población, como es el caso de las personas con discapacidad, lo que conlleva a la creación o mantención de inequidades en salud. Se debe agregar que un factor adicional es la interseccionalidad, referida a las barreras y la discriminación que las personas con discapacidad pueden enfrentar adicionalmente si también son miembros de otro grupo marginalizado debido a su raza, orientación sexual, género, edad u otra identidad.

La existencia de “barreras” de acceso a la salud reduce la probabilidad de que se utilicen los servicios de manera oportuna, asequible y según las diversas necesidades. La Figura 1 muestra los distintos tipos de barreras al acceso a servicios de salud.

**Figura 1: Barreras al acceso a servicios de salud**



Fuente: Elaboración propia

## **Barreras físicas**

Entre las barreras físicas que las personas con discapacidad a menudo enfrentan para acceder y utilizar los servicios de salud, se encuentran la ausencia de señales auditivas y visuales, ascensores o rampas que no funcionan o no existen, ausencia de puertas automáticas, boxes de atención, puertas y pasillos que no son lo suficientemente anchos para acomodar a personas que utilizan sillas de ruedas; falta de pasamanos, de estacionamientos accesibles, señalización inadecuada y falta de baños adaptados o muebles de altura ajustable (como camillas o sillas). Incluso cuando existen elementos de accesibilidad, como las rampas, a veces pueden estar bloqueados, lo que denota la falta de consciencia respecto a la discapacidad en la sociedad.

## **Barreras de comunicación**

Las barreras de comunicación incluyen factores como la falta de información accesible (por ejemplo, en lengua de señas o en lectura fácil), inexistencia de servicios de acompañamiento, escasa capacitación de los profesionales de la salud para

una comunicación adecuada y respetuosa con personas con discapacidad de todas las edades, y entornos de salud digitales inaccesibles. La mala comunicación puede tener efectos de amplio alcance y dar lugar a vulneraciones de los derechos de las personas con discapacidad: se puede llegar a situaciones donde se ignora la descripción de varios dolores, se desestima la experiencia de los padres sobre la condición médica de sus hijos o no se informa a estas personas el tiempo de espera o los procedimientos que se realizarán. Las consecuencias de la mala comunicación con el equipo médico pueden conducir a una menor adherencia al tratamiento, un menor poder de toma de decisiones y una menor autonomía de las personas con discapacidad, ya que la falta de información completa y adecuada reduce las posibilidades de tomar decisiones informadas. Además, es posible provocar peores resultados en salud como consecuencia, por ejemplo, de un diagnóstico tardío.

## **Barreras actitudinales**

Las barreras actitudinales se refieren a entornos, políticas, procedimientos, comportamientos y actitudes que desfavorecen a las personas con discapacidad. En relación con la atención en salud, este grupo a menudo enfrenta experiencias malas, desagradables e incluso violentas por parte de los profesionales de la salud o el personal administrativo de los establecimientos de salud, cuando, por ejemplo, se le falta el respeto a su autonomía o no se les trata con dignidad. Estas experiencias se relacionan muchas veces con el estigma y los estereotipos asociados a la discapacidad. En este sentido, la

discapacidad puede conllevar efectos negativos en el acceso a la atención de salud, contribuyendo a la prestación de servicios de baja calidad o inadecuados, la subutilización de los servicios (como se puede observar en las bajas tasas de utilización de los exámenes preventivos) y malas experiencias de utilización de la atención de salud (Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa, 2022).

### **Barreras de transporte y geográficas**

La distancia física a un centro de salud puede ser una barrera importante para las personas con discapacidad, ya que estas requieren de un transporte confiable, asequible y accesible (por ejemplo, que tenga rampas de acceso, plazas reservadas para personas que estén en silla de ruedas, señalización adecuada y de fácil comprensión). Especialmente en las zonas rurales, la falta de centros de atención de salud y farmacias puede dar lugar a necesidades de atención de salud insatisfechas, cuando las personas con discapacidad no acceden a los servicios que necesitan, o a elevados gastos personales, cuando tienen que contratar servicios de transporte privado por falta de transporte local accesible o confiable.

### **Barreras económicas**

La pobreza y el bajo nivel socioeconómico pueden impactar la salud de las personas con discapacidad a través de dos mecanismos. En primer lugar, el impacto puede ser de manera directa, ya que las personas con discapacidad a menudo tienen una capacidad reducida para pagar los medicamentos,

terapias o servicios de rehabilitación que necesitan. En segundo lugar, estas se pueden ver afectadas de manera indirecta a causa de una menor capacidad para pagar, por ejemplo, la calefacción o los alimentos. Ello porque en general tienen, por un lado, niveles de empleo más bajos o quedan excluidas del mercado laboral, y por otro, sus costos de vida diarios son más altos, lo que resulta en una mayor vulnerabilidad a costos empobrecedores o catastróficos. Las barreras económicas y, de hecho, la mayoría de las barreras, también tienen una dimensión de género: las mujeres con discapacidad reportan mayores necesidades de atención médica insatisfechas debido al costo (Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa, 2022).

## **Barreras políticas**

Las políticas públicas pueden afectar la salud de las personas con discapacidad tanto de manera directa, es decir, con políticas particularmente enfocadas en personas con discapacidad (por ejemplo, los criterios de elegibilidad para la inclusión en el registro de discapacidad, que a menudo están vinculados a la provisión de beneficios sociales y de atención médica), como de manera indirecta, es decir, con políticas para la población general (por ejemplo, apoyo económico para las personas de bajos recursos) (Rotarou et al., 2021). Incluso cuando existen marcos legales que prohíben la discriminación por motivos de discapacidad (la CDPD o leyes nacionales), las políticas públicas en salud frecuentemente no incluyen la discapacidad.

## **Datos sobre inequidad en salud**

Uno de los grandes obstáculos para la elaboración de políticas efectivas que promuevan la equidad en salud es la falta de investigación y datos concretos a nivel poblacional sobre la discapacidad. El área de investigación en discapacidad que más se ha estudiado es la salud. La evidencia internacional, regional y nacional muestra un peor acceso a servicios de salud para personas con discapacidad y una peor experiencia en los establecimientos relacionados, lo que conlleva peores resultados en salud.

Se calcula que mil trescientos millones de personas en el mundo, es decir, una de cada seis personas, tiene una discapacidad. Según el “Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad” de la Organización Mundial de la Salud, un 80% de las personas con discapacidad que viven en países de ingresos bajos y medios tienen acceso limitado a los servicios básicos de salud (Organización Mundial de la Salud, 2022). El mismo informe reveló que estas personas presentan una esperanza de vida menor que el resto de la población, en ocasiones de hasta 20 años menos. Además, el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) es mayor, con hasta el doble de riesgo de tener asma, depresión, diabetes, obesidad, enfermedades bucodentales, de transmisión sexual y accidentes cerebrovasculares. Frecuentemente, la poca accesibilidad a los centros de salud aumenta aún más la probabilidad de que las personas con discapacidad no tengan un acceso equitativo a

servicios de salud, algo que puede generar un impacto negativo en su salud (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En el caso de Chile, este grupo reporta una menor satisfacción con los servicios de salud: un 39,7% siente mayor dificultad en la utilización de esos servicios en relación con un 10,6% de la población sin discapacidad (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2023). Estudios nacionales han evidenciado la inequidad en el acceso: las personas con discapacidad enfrentan mayores problemas no sólo para llegar a un establecimiento de salud, sino también para obtener una cita, ser atendidas y pagar el tratamiento y los medicamentos. Esta inequidad es aún más preocupante si consideramos que estas personas suelen tener mayores necesidades de salud, sin considerar aquellas relacionadas con su discapacidad: un 70,7% tiene tres o más enfermedades o condiciones de salud, en comparación con un 25,4% de las personas sin discapacidad (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2023).

La inequidad en salud es producto de factores evitables, injustos y poco equitativos, y no se debe solamente a las condiciones de discapacidad de cada persona. Además, la pandemia de COVID-19 expuso plenamente la posición de desventaja de este grupo dentro y fuera del sector de la salud, así como la necesidad urgente de actuar al respecto. Estudios nacionales e internacionales demostraron que las personas con discapacidad se vieron afectadas negativamente durante la pandemia, con tasas de contagio y mortalidad más altas que la población general. La prevención de la discriminación, junto con la mitigación de los impactos de una pandemia u otro tipo de

crisis, requiere un compromiso activo de toda la sociedad y la participación de las personas con discapacidad en el desarrollo e implementación de políticas inclusivas en salud (Rotarou et al., 2021).

En América Latina y el Caribe, al año 2020, ochenta y cinco millones de personas vivían con discapacidad, lo que representa el 14,7% de la población regional. Como la prevalencia de discapacidad aumenta con la edad y la región envejece rápidamente, se estima que la proyección para el año 2050 de la población de personas de 60 años y más que presenten discapacidad sería de ciento noventa y seis millones (García et al., 2021). En Chile, un 17,6% de la población adulta tiene algún tipo de discapacidad; la proporción de mujeres adultas (21,9%) es mayor en comparación a la de hombres (13,1%). En el caso de niños, niñas y adolescentes, un 14,7% tiene discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social, 2023).

La alta prevalencia de la discapacidad y la inequidad en salud que caracteriza, por lo general, a la región latinoamericana, y en particular a Chile, constituyen un desafío importante para la elaboración e implementación de políticas inclusivas que logren disminuir las diferencias injustas en salud que existen hoy en día. Estudios en la región han demostrado que las personas con discapacidad tienen peores resultados en salud y un peor acceso a los servicios relacionados; por ejemplo, solamente un 47% de los niños entre 3 y 4 años con discapacidad se están desarrollando adecuadamente para su edad, versus un 65% de los niños sin discapacidad, mientras que un 26% de las personas con discapacidad tienen un nivel de conocimiento satisfactorio

para la prevención del VIH, versus un 35% de las personas sin discapacidad. En relación con el sistema de aseguramiento de la salud, en todos los grupos etarios —con la excepción del seguro médico para los niños de entre 2 y 4 años— hay un porcentaje menor de personas con discapacidad que tengan seguro médico (The Missing Billion, 2024).

En el caso de Chile, a pesar de la promulgación en 2010 de la Ley 20.422 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, aún no se han establecido medidas de asistencias sanitarias obligatorias, como el empleo del sistema Braille para personas con discapacidad visual o el uso de la lengua de señas para personas con discapacidad auditiva en establecimientos de salud. Además, no se cuenta con profesionales capacitados para prestar estos servicios en los centros de salud públicos o privados. La falta de información en salud y la insatisfacción usuaria de esta población, junto con la falta de capacitación y concientización del personal sanitario, conllevan varios problemas para las personas con discapacidad sensorial. Lo anterior implica un desconocimiento de su propio estado de salud, los tratamientos o cuidados a seguir, un menor uso de los servicios en los distintos niveles de prevención y en sus distintas áreas, que genera una mayor incidencia de comorbilidades y un mayor gasto en salud (Campos & Cartes, 2019). Sin embargo, la Ley 21.545 (2023) es un paso positivo hacia la promoción de la inclusión y la protección de los derechos de las personas autistas en el ámbito social, de salud y educación. Especialmente en relación con la salud, la Ley establece los derechos al diagnóstico y atenciones específicas para las personas en proceso de confirmación diagnóstica

de autismo tanto como las ya diagnosticadas, derecho al acompañamiento así como también la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud que participan en la detección, el diagnóstico y las atenciones de las personas autistas.

Una investigación realizada en Chile caracterizó las adecuaciones en infraestructura, comunicación y entorno para la atención de personas con discapacidad sensorial, en veintiún Centros de Salud Familiar (CESFAM). Se identificó que los CESFAM presentan una mayor proporción de adecuaciones de carácter general respecto a aquellas adecuaciones específicas para personas con discapacidad sensorial. En lo que respecta a infraestructura, hay muy baja proporción de adecuaciones, como por ejemplo tener teclado en Braille en los botones del ascensor. En relación con la comunicación, se evidenció también una falta de adecuaciones, como por ejemplo poseer un sitio web accesible para personas ciegas y sordas, contar con impresiones de material informativo en Braille, elaborar recetas médicas con pictogramas, tener intérprete de lengua de señas, contar con material de video o televisión con lengua de señas, y elaborar material de difusión o información accesible para la comunidad sorda. Con respecto al entorno, se constató la ausencia de semáforos sonoros, de huella táctil, de pavimento táctil y de pavimento liso, de antideslizante libre de obstáculos y desniveles (Parra et al., 2022).

## **Medidas**

Las barreras de acceso a servicios de salud no afectan únicamente a las personas con discapacidad sino, más ampliamente, a todos quienes sufren algún tipo de

discriminación, incluidas las personas pertenecientes a grupos minoritarios (sexuales, raciales, étnicos, lingüísticos), las personas mayores, las personas de bajos ingresos y los migrantes, ya que a menudo se generan las mismas barreras. En este sentido, las acciones políticas destinadas a abordar las barreras en el acceso a servicios de salud para las personas con discapacidad pueden tener un efecto multiplicador, beneficiando a todo el resto de los usuarios.

La equidad sanitaria se logrará si la atención primaria en salud integra medidas específicas que promuevan la inclusión de las personas con discapacidad. La Organización Mundial de la Salud calcula que los gobiernos podrían esperar un retorno de unos diez dólares por cada dólar invertido en la prevención y atención de enfermedades no transmisibles que incluyan a las personas con discapacidad. Esta institución además recomienda a los gobiernos 40 medidas agrupadas en varias categorías, que se deben incorporar en el sistema de salud para avanzar hacia un sistema inclusivo y lograr la cobertura universal de salud (Organización Mundial de la Salud, 2022). Dichas recomendaciones se reúnen en diez categorías: Compromiso político, liderazgo y gobernanza; Financiación de la salud; Participación de las partes interesadas y los proveedores del sector privado; Modelos de atención; Personal sanitario y de cuidados; Infraestructura física; Tecnologías digitales para la salud; Calidad asistencial; Monitoreo y evaluación; e Investigación sobre políticas y sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2022). La Figura 2 presenta una clasificación de estas medidas.

## Figura 2: Medidas para el avance hacia un sistema de salud inclusivo



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (2022)

Para lograr la equidad sanitaria para las personas con discapacidad, es importante elaborar e implementar políticas y acciones multisectoriales que tomen en cuenta los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, para mejorar la accesibilidad a los establecimientos de salud es necesaria la cooperación de varios ministerios (de Salud, de Transporte, de Infraestructura), de expertos del sector público y privado y de las organizaciones de personas con discapacidad. Además, abordar los determinantes sociales de la salud requiere que las intervenciones de salud pública —que tienen que ver, por ejemplo, con la nutrición infantil, la disminución de la contaminación del aire y el combate contra la violencia contra las mujeres— tomen en consideración las necesidades y las

capacidades de las personas con discapacidad, y las barreras en salud a las cuales se enfrentan.

El concepto de ajustes razonables es clave para disminuir las inequidades en salud, pues implica llevar a cabo modificaciones y adaptaciones para cada caso en particular, teniendo en consideración las necesidades específicas de cada persona con discapacidad. Por otro lado, la accesibilidad universal se refiere a modificaciones generales, entendida esta como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios para que todas las personas puedan participar de manera autónoma y con las mismas oportunidades, esto en el espacio familiar, educativo, laboral, comunitario y en los servicios de salud. En ese sentido, se podrán diseñar, adaptar o habilitar espacios exteriores e interiores (como pasillos, salas de atención, baños) y vías de tránsito y acceso en los centros de atención de salud para hacerlos más accesibles, por medio de rampas, barandas, señaléticas, estímulos visuales o auditivos acordes, mobiliario adaptado, entre otros. Si bien los conceptos de ajustes razonables y accesibilidad universal son distintos, se complementan y ambos son necesarios para lograr la equidad sanitaria.

Será relevante también capacitar al personal de salud (médicos, profesionales, técnicos y administrativos) respecto a la atención de pacientes con discapacidad, por ejemplo mediante cursos de salud primaria inclusiva. Los establecimientos de salud podrán contar con intérpretes de lengua de señas, con el objetivo de brindar una atención de salud integral, respetuosa y de calidad a las personas con discapacidad. Por otro lado, es necesario

que estas igual sean capacitadas, sus familias y cuidadores, en aspectos referentes a utilización de los servicios de salud, cuidados de salud dentro y fuera del hogar, educación sexual y reproductiva, traslados y transferencias, uso de ayudas técnicas, entre otros aspectos relevantes. Todos estos factores deberían estar asociados a apoyos financieros gubernamentales y fondos de innovación e investigación sobre las personas con discapacidad para la mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, los profesionales de la rehabilitación podrán indicar y entrenar en la utilización de ayudas técnicas o adaptaciones para las actividades de la vida diaria o confeccionarlas a bajo costo, en conjunto con las personas con discapacidad, lo que facilitaría su adherencia. Para ello, se aconseja revisar Manuales confeccionados, por ejemplo, por la Corporación Ciudad Accesible o el Centro de Trastornos del Movimiento en Chile (Boudeguer et al., 2010), con el fin de extraer orientaciones y experiencias.

De igual manera, es esencial que las personas con discapacidad y sus organizaciones estén activamente involucradas en las actividades de prevención y respuesta frente a las emergencias de salud. Como se evidenció durante la pandemia del Covid-19, este grupo se vio especialmente afectado, con tasas de mortalidad más altas y menor probabilidad de recibir servicios de cuidados intensivos en comparación con la población general, un hecho que claramente vulnera sus derechos humanos.

## Conclusión

La salud es un componente fundamental en la calidad de vida de cualquier sociedad, y el acceso equitativo a servicios de salud es un derecho humano primordial. El sistema de salud chileno enfrenta desafíos significativos en la provisión de servicios accesibles y equitativos, especialmente en lo que respecta a la atención primaria y la inclusión de personas con discapacidad. Las barreras que enfrentan estas personas son múltiples e incluyen aspectos físicos, económicos, actitudinales, de comunicación, de transporte y políticos, entre otros. La interseccionalidad agrava aún más estas barreras, ya que las personas con discapacidad que también pertenecen a otros grupos marginados sufren una discriminación adicional.

Los desafíos futuros incluyen mejorar la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad. Esto se puede lograr a través de medidas concretas como capacitar al personal sanitario, disminuir estigmas y estereotipos, proveer un trato justo, realizar ajustes razonables o utilizar el diseño universal. También es necesario disminuir las brechas en equidad de género, puesto que las mujeres con discapacidad enfrentan innumerables obstáculos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados. Por otro lado, la falta de educación en salud, la baja alfabetización en materia de salud y la vulnerabilidad que viven las comunidades rurales contribuyen a mantener la inequidad en el sistema de salud chileno. Por último, la inequidad en salud mental es posiblemente el problema que representa una mayor complejidad, puesto que el acceso a servicios especializados y

la estigmatización relacionada requieren cambios integrales no solo en las políticas públicas sino también implica transformaciones culturales tan profundas como necesarias para una vida más digna.

Con todo, resulta fundamental que los cambios propuestos incluyan siempre la participación activa de la sociedad civil, ya sea en la elaboración y aplicación como en la evaluación de las medidas propuestas, adoptando siempre un enfoque inclusivo en la planificación y prestación de los servicios de salud. Solo mediante un compromiso decidido y medidas efectivas se puede avanzar hacia un sistema de salud que garantice el derecho fundamental de todas las personas a gozar del más alto nivel posible de salud.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen los comentarios y observaciones de Marco Antonio Barticevic Sapunar.

## **Referencias**

Boudeguer, A., Prett, P. y Squella, P. (2010). Ciudades y espacios para todos. Manual de Accesibilidad Universal. En *Corporación Ciudad Accesible, Boudeguer & Squella ARQ* (pp. 1-120).

Campos, V. y Cartes, R. (2019). Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Revista Médica de Chile*, 147(5), 634-642. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000500634>

García, M., Schwartz, S. y Freire, G. (2021). Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible. En *Banco Mundial* (pp. 1-322).

González, C., Castillo, C. y Matute, I. (2019). Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. En *CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD* (pp. 1-194).

Ministerio de Desarrollo Social. (2023). ENDIDE. Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia. 2022. Prevalencia de discapacidad y dependencia en personas adultas y personas mayores. En *Ministerio de Desarrollo Social* (pp. 1-54).

Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Establecimientos de Salud - Salud Responde*. Ministerio de Salud. <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>

Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.refworld.org/es/leg/instcons/agonu/2006/es/131873>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Global report on health equity for persons with disabilities. En *Organización Mundial de la Salud* (pp. 1-312).

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Derechos humanos*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa. (2022). “The WHO European Framework for action to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities 2022-2030”. En *Organización Mundial de la Salud* (pp. 1-15).

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. En *Organización Panamericana de la Salud* (pp. 1-186).

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en la Salud*. Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/es/determinantes-sociales-ambientales-para-equidad-salud>

Parra, E., Henríquez, F., Campos, V. y Cartes, R. (2022). Adecuaciones para la atención de personas con discapacidad sensorial en los CESFAM del Servicio de Salud Concepción. *Revista Médica de Chile*, 150(7), 919-923. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000700919>

Rotarou, E., Sakellariou, D., Kakoullis, E. y Warren, N. (2021). “Disabled people in the time of COVID-19: identifying needs, promoting inclusivity”. *Journal of Global Health*, 11, 1-4. <https://doi.org/10.7189/JOGH.11.03007>

Servicio Nacional de la Discapacidad. (2023). III Estudio Nacional de la Discapacidad 2022. Resultados Nacionales Población Adulta. En *Servicio Nacional de la Discapacidad* (pp. 1-133).

The Missing Billion. (2024). *Explore our data dashboard on health and disability*. The Missing Billion. <https://www.themissingbillion.org/data-dashboard#second>