



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Ciencias  
Sociales

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Monografía Licenciatura en Trabajo Social**

**Discapacidad:** accesibilidad de la comunidad sorda al  
primer nivel de atención

**Mauro Saccone**  
Tutora: Graciela Umpiérrez

**2022**

## SIGLAS y ABREVIATURAS

ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de Servicio de Salud del Estado
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y Familia
CINDE	Centro de investigación y desarrollo para la persona Sorda
DeCS	Descriptores de la Ciencia de la Salud
INE	Instituto de estadística
IM	Intendencia de Montevideo
LSU	Lengua de Señas Uruguay
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
RB	Revisión Bibliográfica
RAP	Red de Atención Primaria
SAS	Servicio de atención a la salud
SNIS	Servicio Nacional integrado de Salud
STM	Sistema de transporte metropolitano
TF	Trabajo Final
USS	Unidad de Salud para Sordos
Udelar	Universidad de la República

## ÍNDICE

		<b>Pág</b>
<b>I</b>	INTRODUCCIÓN	<b>1</b>
<b>I.1</b>	Construcción del Problema	<b>2</b>
<b>I.2</b>	Justificación	<b>3</b>
<b>II</b>	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	<b>4</b>
<b>II.1</b>	Criterios de Búsqueda	<b>4</b>
<b>II.2</b>	Criterios de Inclusión	<b>5</b>
<b>II.3</b>	Búsqueda Bibliográfica	<b>5</b>
<b>II.4</b>	Resultados	<b>5</b>
<b>II.5</b>	Categorías	<b>7</b>
<b>II.6</b>	Análisis de contenido	<b>11</b>
<b>II.7</b>	Conclusiones	<b>12</b>
<b>III</b>	OBJETIVO MONOGRÁFICOS	<b>13</b>
<b>IV</b>	CONTEXTO REFERENCIAL	<b>14</b>
<b>V</b>	MARCO CONCEPTUAL	<b>16</b>
<b>VI</b>	DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	<b>22</b>
<b>VI.1</b>	Metodología	<b>22</b>
<b>VI.2</b>	Procedimiento	<b>24</b>
<b>VI.3</b>	Resultados	<b>25</b>
<b>VI.3a</b>	Características	<b>25</b>
<b>VI.3b</b>	Categorías	<b>28</b>
<b>VII</b>	REFLEXIONES	<b>35</b>
<b>VIII</b>	CONCLUSIONES FINALES	<b>39</b>
<b>IX</b>	BIBLIOGRAFÍA	<b>41</b>

## I - INTRODUCCIÓN

El presente documento Monográfico de investigación, entendido según el decir de Garcia (2006, citado en Corona 2015), como un texto académico producto de una investigación, con el fin de dar cuenta sobre el estado de conocimiento de una temática específica. Se fundamenta en el desarrollo del trabajo de campo encarado desde el tema de accesibilidad de la comunidad sorda, en el Primer Nivel de Atención (PNA), así como la síntesis e integración de conocimientos teórico-prácticos sobre dicha temática y su posterior reflexión.

Su construcción se centró en la metodología cualitativa presentando un universo de significados, donde las relaciones cobran importancia.

Corresponde al Trabajo Final (TF) para la obtención del título de grado de Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Udelar); presentado por el Br Mauro Saccone, generación 2014.

Se enmarco en la temática de Discapacidad, específicamente la causada por la disminución de la audición en todos sus grados, que dificulta el accionar principalmente de la comunicación.

Teniendo presente el concepto de comunidad en el decir de Eito y Gomez .

*“ tiene hoy, para los Trabajadores Sociales especialmente, un valor de motor ideológico, de cambio, de participación, de contar con las personas, de mejorar, componer o construir relaciones, de fortalecer el tejido social, de cambio social y búsqueda de una sociedad más cohesionada y más justa”. Eito y Gomez (2013, p.15)*

Se adhiere al término de “Comunidad Sorda”, cuya discapacidad está dada por la disminución o pérdida total de la capacidad para oír, la que generalmente no se distingue ni manifiesta como una característica física, sino su principal manifestación en la comunicación, representada en el contexto social de quienes concurren a Unidad de Salud para Sordos (USS) en la Policlínica Luisa Tiraparé de la Intendencia de Montevideo (IM), centrado en la accesibilidad a la atención de salud en dicha policlínica.

## I.1 Construcción del problema

En Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), hace énfasis en el Primer Nivel de Atención (PNA), entre otras cosas considerando que en él se pueden resolver alrededor del 85% de los problemas prevalentes de salud aspirando a una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. Vignolo et al (2011)

Es por ello que la llegada y continuidad de asistencia por parte de la población a dichos servicios es fundamental para el logro de los objetivos, siendo relevante el accionar de los equipos de salud, sus conocimientos, el desarrollo y fortalecimiento de los vínculos mediante la mejor comunicación, desde la llegada de la persona y en todo el proceso de atención.

En este ámbito, la comunidad sorda desde el entorno de su discapacidad, presenta características específicas que deben de ser consideradas en el vínculo para el mejor logro de los objetivos en salud. En este contexto nos ajustamos a la definición de accesibilidad que parte del planteo de Bourdieu de las ciencias sociales como ciencias relacionales. Bourdieu y Wacquant (1995), citado en Stolkiner (2000) y planteado como el vínculo que:

*“se construye a partir de la una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”.*(Stolkiner,2000, P. )

En este contexto partimos de la pregunta ¿Cuál es la percepción de la Comunidad sorda y el equipo de salud sobre la accesibilidad a la Unidad de Salud Para Personas Sordas en el servicio del Primer Nivel de atención, Policlínica Tiraparé ?

La respuesta a esta interrogante permitirá la reflexión sobre el tema.

## **I.2 Justificación**

Generalmente la sociedad considera a la persona en situación de discapacidad como a quien “le falta algo”, es decir, que no presenta las características, en su físico, capacidad de los sentidos o inteligencia según parámetros de la sociedad para ser “normal”. Este concepto conlleva a una mirada de “disminución” y a su vez al rechazo al considerar las situaciones y actuar al respecto generando relaciones vinculares.

Si bien la sordera constituye una discapacidad, su visibilidad es menor, lo que no causa un rechazo inmediato, pero a su vez dificulta la interrelación.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) en el censo del año 2011, informa que hay en Uruguay 25.771 personas son sordas el 0,8% de la población total, de las cuales 22.629 presentan mucha dificultad para oír, incluso con audífonos y 3.142 que no podían oír.

Es importante considerar que la sordera lleva al individuo a estar de forma diferente y dependerá de la manera de actuar, sus habilidades, formas de interacción y condiciones sociales. En este sentido, en el actuar del otro es relevante el reconocer la dimensión cultural de la sordera para generar vínculo.

En el contexto del PNA desde la USS se han puesto en marcha estrategias para disminuir las barreras de la accesibilidad de esta comunidad para permitir una atención que fortalezca la calidad de vida de sus integrantes.

Entendiendo la relevancia de conocer la percepción de los involucrados sobre la accesibilidad a la atención, desde su difusión brindando elementos para fortalecer o renovar estrategias a la mirada social contemporánea.

En este contexto apoyado en una Revisión bibliográfica que permitió identificar aportes de conocimientos sobre la temática, constituyendo el encuadre de partida, sumado al problema identificado y la justificación desde lo personal y la realidad social, se marca el objetivo de la monografía.

La misma se basa en los resultados obtenidos en una investigación cualitativa, identificando previamente el contexto de realización tanto social como conceptual, aportando luego a su desarrollo y resultados. Estos últimos desde el análisis de contenido dan paso a la reflexión monográfica.

## II - REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Con el **objetivo** de: Identificar aportes de conocimientos sobre el tema a reflexionar mediante una revisión bibliográfica.

Entendiendo en el decir de Galvez Toro (2002) a la Revisión Bibliográfica (RB) como un procedimiento estructurado cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante para un usuario.

Partiendo de las Palabras Claves: Pérdida Auditiva - Persona con deficiencia auditiva - Atención Primaria de Salud - Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Para su desarrollo se consideraron como:

### II.1 Criterios de la búsqueda.

#### 1- La limitación de los Descriptores de Ciencia de la Salud (DeCS)

- Pérdida Auditiva:

Definición Español: Término general para la pérdida completa o parcial de la capacidad de oír con uno o ambos oídos.

- Persona con deficiencia auditiva.

Definición Español: Personas con cualquier grado de pérdida de audición que tiene un impacto en sus actividades de la vida diaria y que requieren asistencia especial o intervención.

- Atención Primaria de Salud.

Definición Español: Cuidados que proporcionan manutención básica de la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios.

- Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Definición Español: El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para adentrarse y recibir atención en servicios del sistema de atención de salud. Factores que influyen en esta capacidad incluye consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras.

## II.2 - Criterios de Inclusión

**Años:** 2016 - 2020      **Idiomas:** Español Portugues      **Países:** Todos

**Artículo:** Texto completo      **Lugares de Búsqueda:** TIMBÓ y Colibrí

## II.3 - Búsqueda Bibliográfica

Para el ordenamiento de los datos como herramienta se elaboró una tabla (Tabla N°1)

**Tabla N°1:** Organización de datos obtenidos de la búsqueda

<b>Año</b>	<b>Artículo</b>	<b>Autor</b>	<b>País</b>	<b>Idioma</b>	<b>Personas</b>	<b>PNA</b>	<b>Acceso</b>

**Elaboración:** Propia

**Fuente:** Trabajo académico PhD G. Umpierrez

### **Referencias:**

**Año:** Año de publicación del Artículo

**Artículo:** Tipo de Artículo

**País:** País de referenciado en el Artículo

**Idioma:** En el cual se accede

**Personas:** Referencias a personas con discapacidad preferentemente sordas

**Primer Nivel de Atención (PNA):** Señalamientos relacionados con el PNA

**Acceso:** Consideraciones relacionadas al acceso en todo su contexto

### **Proceso de la búsqueda.**

Seleccionados los artículos a texto completo, se les da lectura extrayendo los datos referenciales. Los contextuales se extraen del Resumen, resultado, análisis y conclusiones., según las categorías seleccionadas (Personas, PNA, Acceso) .

Posteriormente se realiza el análisis y conclusiones.

## II.4 RESULTADOS.

La búsqueda fué en base a los DeCS, el uso del boleando (connector) And. Se encontraron 307 artículos con la inclusión de los 4 DeCs, seleccionados 9 (Tabla N°2)



**Tabla N° 2 Distribución de los artículos encontrados y seleccionados.**

<b>Búsqueda en:</b>	<b>Encontrados</b>	<b>Seleccionados</b>
<b>TIMBO</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>Colibri</b>	<b>303</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>307</b>	<b>9</b>

**Elaboración:** Propia

**Fuente:** Datos de la revisión

**En cuanto a los años.** La mayoría (3), pertenecen al año 2017, seguido de los años 2018 y 2019 con 2 cada uno (c/u) y por último 2016 y 2019 con 1 c/u (Tabla N°3)

Los 9 artículos estaban en **español** (Tabla N°3)

En cuanto a los **países** de referencia de los artículos, la mayoría son de Uruguay (6), le sigue Chile, Argentina-Chile y México con 1 c/u (Tabla N°3)

Los **tipos de artículos** desarrollados son mayoritariamente Monografías (7) y 2 Proyectos (Tabla N°3)

**Tabla N°3 Datos de los artículos seleccionados**

<b>N° Artículos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>Total</b>
<b>Años</b>	2016 2019	2018 2019	2017	-	-	-	9
<b>Idioma</b>	-	-	-	-	-	Español	9
<b>País</b>	Chile- México- Argentina - Chile	-	-	Uruguay	-	-	9
<b>Artículos</b>	-	Proyecto	-	-	Monografía	-	9

**Elaboración:** Propia

**Fuente:** Datos de la revisión

En cuanto a los autores no se repiten destacando que la mayoría eran grupos de estudiantes Los primeros por alfabético: Bilnimelis, H - Carroll, M - Carbone, C - Cíntora, K - Gonzalez C - Gonzalez M- Lomazzi, C - Venturiello, M- Migue, A

## II.5 Categorías

### Categorías

Para identificar los datos a ser analizados en relación al tema se consideraron categorías temáticas y sus contenidos **Personas: Acceso: PNA:**

### Persona

En los artículos seleccionados, se comprende al ser humano como una totalidad física, psíquica, social y política, en lo que respecta al cuidado de la salud un derecho inherente a su existencia. Pinheiro, ( 2007, 2010).

Se hace referencia a vivencias y confianza entre pares como fortalecedoras de nuevas relaciones, además se revirtieron sentimientos de temor y vergüenza en personas contenidas por instituciones.

En base a Venturiello, (2016), se observa que el establecer un vínculo positivo con el equipo desde una relación de confianza, condiciona la recuperación, destacando la simpatía, el afecto, el compartir valores y la amistad. Venturiello y Ferrante (2018)

En el contexto de la educación, estudiantes con discapacidad subrayan como facilitador de su inclusión a los integrantes de la familia, la que se convierte en un motor de impulso.

En relación a las expectativas de personas discapacitadas que concurren a centros de salud se destaca la importancia dada al factor humano en el momento de recibir atención, con buena escucha y dedicación de tiempo por parte de los profesionales de la salud.

Algunas personas buscan efectos sustitutos, no autoritarios y esto lleva a la persona a buscar otras modalidades vinculares. Por ejemplo en una atención personalizada en donde no haya una burocracia, como las que existen en instituciones de asistencia.

En este contexto en el artículo Venturiello (2016) hacen énfasis en la importancia del enfoque al beneficiario en la atención, dando respuestas útiles a necesidades, valores y preferencias, contribuyendo a la competencia cultural del sistema de Salud.

Por el contrario su carencia no permite la visualización de vulnerabilidad en que se encuentran, pudiendo considerarse como conflictos culturales.

Se constata que la mayoría de los usuarios de la salud transmiten que las principales barreras corresponden a la dimensión organizativo-funcional de los servicios de salud (distancia de los servicios de salud, los tiempos de espera y la disponibilidad de horarios) en todas las regiones del país.

### Acceso

Es la categoría que tiene más aportes en los artículos seleccionados Las definiciones de acceso y accesibilidad están presentes desde diferentes miradas

En cuanto , al acceso a la salud según Rodríguez (2010) es definido “como el proceso a través del cual las personas buscan la atención que necesitan de acuerdo a sus necesidades y esta se efectúa” (Carbone 2017. pág.11)

En este contexto, Laurel (2016), entiende que el acceso y el derecho a la salud se encuentran en los centros de debate de los Gobiernos y de los intereses económicos de los contextos neoliberales lo cual incluye el acceso a la rehabilitación, que afecta especialmente a las personas con discapacidad. Venturiello y Ferrante (2018, Pág. 93)

En base a los aportes de Rodríguez, (2010) Sobre la accesibilidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que es entendida como un medio necesario para lograr un fin, sería en este caso una meta instrumental. Cuanto más accesible sea un sistema de salud, mayor debería ser la utilización del mismo por parte de la población, para mejorar su salud. Carbone (2017)

En Chile consideran la accesibilidad universal, definida en la Ley 20422, art.3, literal b, como:

*“ [...] la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible.”(Ley 20422, Ministerio de planificación y cooperación, Chile, 2010)*

En otro sentido se expresa la accesibilidad simbólica, en alusión al universo subjetivo que organiza la vida de los sujetos, en su capacidad de representación.

Considerando en este sentido que las construcciones son individuales, grupales o colectivas, enriquecidas por la visualización de creencias, expectativas, sentidos, tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud.

En este contexto de accesibilidad simbólica, se afirma que las barreras que están constituidas por los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos serían un aspecto a tener en cuenta.

Por su parte Landini et al. (2014) se enfoca a concebir la accesibilidad como algo psico-socio-cultural en vez de la “aceptabilidad” de la atención o de accesibilidad cultural o simbólica. (Carbone, 2017, Pág, 16)

En el contexto general de la accesibilidad de los servicios de salud Umpiérrez (2015), entiende que la generación de procesos en un mismo contexto sociocultural y la antigüedad de los servicios públicos hace que se incremente el conocimiento y con el vínculo constituyen una Red.

En otro sentido, se entiende que la accesibilidad se puede relacionar con la equidad, dado que las personas deben tener la posibilidad de tener atención en salud en la medida de sus necesidades, sin barreras económicas, geográficas, disponibilidad u otras.

El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la OMS comprende por inequidades a las:

*“diferencias sistemáticas en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas” (Carbone, 2017, Pág. 5)*

Tomando como base los aportes realizados en el 2011 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y Banco Mundial, (BM), en el Informe Mundial de la Discapacidad, las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios forman parte de las barreras sociales que enfrentan las personas con discapacidad Venturiello y Ferrante, (2018).

En Uruguay desde la perspectiva del MS en un documento del año 2014 se analizan las inequidades existentes en la salud en el país, estudiando porque se generan y porque se perpetúan y analizando qué papel juega el SNIS en nuestro territorio. (Carbone, 2017, Pág. 5)

Por su parte Vega, (2005), Citado en Carbone, (2017) entiende que uno de los objetivos primordiales del SNIS de Uruguay consiste en trabajar sobre los factores que condicionan de forma negativa el nivel de salud, para reducir las inequidades en pos de un acceso equitativo a los servicios.

Otro tema desarrollado, relacionado mayoritariamente con las inequidades, es el de las barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud, socialmente determinadas.

Las barreras de acceso a la salud son definidas como situaciones o condiciones que impiden recibir o disfrutar tanto de la atención como de los beneficios que brinda el sistema sanitario.

Las barreras asociadas a la accesibilidad simbólica están relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, también pueden presentarse barreras referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a las diferencias culturales.

En el artículo Binimelis y Veechi (2018) en relación a las oportunidades y su igualdad para las personas en situación de discapacidad, se expresa que es garantizada en Chile por la ley 20422 a partir de la identificación de cinco principios generales.

El Estado debe garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades, que les permite a las personas en situación de discapacidad «participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social [...]» (art.7), evitando activamente procesos de discriminación. aunque se cumplan con estándares técnicos, en la experiencia de los usuarios en situación de discapacidad visual se manifiestan dificultades de acceso.

## **Primer Nivel de Atención**

Un elemento primordial primordial para efectivizar la atención a la salud es la cobertura en salud, no garantizando el acceso absoluto, que enfrenta barreras sociales y burocráticas que limitan la prevención, atención y tratamiento, así . como los ingresos, la formalidad en el mercado laboral, la ubicación geográfica, que inciden en acceder efectivamente a servicios de salud Lo que dificulta un modelo de atención que contemple la diversidad de los distintos grupos poblacionales que acceden a los servicios de salud.

Las principales barreras que la población afronta en los servicios de salud son de orden socio-cultural, saberes culturales, costumbres y conceptos aprendidos, pero lo que es trascendental es que se generan en los propios servicios, es decir en el componente intersubjetivo general, así las características del relacionamiento entre ambas partes va a influir en la eficacia de los servicios de atención en salud.

## **II. 6 - ANÁLISIS DE CONTENIDO**

Partiendo de las búsquedas realizadas en Timbó descrito como las orejas al mundo de todos los uruguayos y todas las uruguayas y en Colibrí producción de la Udelar ,el enfoque está netamente relacionado con la producción nacional.

Los años de publicación marcan una presencia permanente del tema relacionada con los cuatro DeCS propuestos.

Hay presencia de artículos relacionados a países latinoamericanos, Uruguay, Argentina, Chile y México.

En lo contextual se mencionan personas en situación de discapacidad en aspectos generales sin considerar la situación de la persona sorda.

En este contexto se subraya la importancia de los vínculos entre pares y con los equipos de salud los que condicionan la mejor recuperación, siendo las mayores expectativas de las personas en situación de discapacidad las relacionadas con el factor humano. atención en salud.

Situación visibilizada en Uruguay, dentro del Sistema Nacional Integrado en Salud.

Por su parte Chile, el estado garantiza el derecho a la igualdad Considerando a su vez, como barreras importantes las organizativas y funcionales de los servicios.

En los artículos seleccionados se despliegan varias definiciones sobre el acceso y la accesibilidad, subrayando el acceso como un proceso y en él, destacando el derecho a la salud como aspecto central.

Por otro lado la accesibilidad considerada por la OMS como un medio necesario para lograr el fin, es analizada desde dos enfoques, la accesibilidad desde lo universal, haciendo referencia a la condición de entornos, bienes y servicios y la simbólica, que involucra el universo subjetivo. Influenciada por el contexto socio-cultural, a su vez, se relaciona con la inequidad, en lo que refiere precisamente a la de oportunidades al acceso a la atención en salud por medio de una ley.

En cuanto al PNA las principales barreras a afrontar por parte de la población son de orden socio-cultural sumado al componente intersubjetivo.

## **II. 7 - CONCLUSIONES**

Se pudieron identificar aportes sobre el tema a reflexionar, a pesar de no considerar la situación de discapacidad que se pretende abordar, se destaca, la relación conceptual entre acceso y accesibilidad que implica miradas de la complejidad en un mismo hecho.

Se puede considerar que la relación de personas en situación de discapacidad en un servicio de salud va más allá del logro de una atención, siendo esta por sí misma, factor relevante a través del vínculo para que la persona acceda o se incluya en todos los aspectos que encierran el sistema de salud, obteniendo un ida y vuelta de resultados de las personas que acceden a la atención y los equipos de salud que la brindan.

### **III - OBJETIVOS MONOGRÁFICOS**

#### **General :**

Contribuir al conocimiento sobre la accesibilidad a los servicios del Primer Nivel de Atención a la Salud de la Comunidad Sorda, desde la percepción de los involucrados.

#### **Específicos:**

Reseñar las principales características del equipo de atención de la Unidad de Salud para Personas Sordas e integrantes de la comunidad sorda que asisten a la Policlínica Tiraparé del Primer Nivel de Atención.

Distinguir percepciones sobre la accesibilidad de la comunidad sorda de los de los integrantes del equipo de la Unidad de Salud para Personas Sordas y las personas sordas asistentes.

Reflexionar sobre la síntesis de los conocimientos obtenidos en el proceso de la investigación .



## **IV- CONTEXTO REFERENCIAL**

En Uruguay el Ministerio de Salud (MS) es el responsable de conducir el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), ejercer su rectoría y de prestadores públicos y privados .

Según Olesker (2009), el SNIS tiene el objetivo de brindar : Acceso Universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica del gasto en salud.

La atención a la Salud se organiza en redes por niveles de atención y complejidad de las ofertas, con estrategia en la atención primaria en salud y priorizando el primer nivel de atención con amplia distribución territorial.

Dicho nivel apunta a una atención integral, diagnóstico precoz, acción oportuna, rehabilitación y reinserción social, con énfasis en la prevención y la promoción, fortaleciendo estrategias desde la cercanía con el contexto familiar y comunitario, las sinergias con otros sectores, las alianzas con actores comunitarios y el territorio como organización de la vida cotidiana.

El SNIS propone como elementos de calidad de la atención: La accesibilidad a los servicios, la oferta adecuada y necesaria, la capacidad de resolución, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación en red, integrando a los sectores público y privado.

El MS (S/F) refiere que entre prestadores públicos del PNA, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el principal, mediante la Red de Atención Primaria (RAP). Destacándose además, otros servicios para grupos específicos, entre ellos en cada uno de los diez y nueve departamentos del país las Intendencias municipales, desarrollan atención en este nivel.

En Montevideo, la Intendencia ( IM ), desde la organización del Servicio de Atención a la Salud (SAS) tiene como cometido contribuir a la construcción de un

Sistema de Atención en el Primer Nivel, con el desarrollo de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), brindando atención en sus policlínicas municipales y policlínicos móviles, como elemento clave del SNIS, atendiendo a usuarios y usuarias de ASSE de forma gratuita.

Entre ellos, comparte con el servicio de la RAP -ASSE, Centro de Salud “Dr. Enrique Claveaux” (Ex Hospital Filtro) y la Policlínica Luisa Tiraparé ubicada en la zona centro de la ciudad la Unidad de Atención de Salud para Personas Sordas (USS), bajo la responsabilidad del: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2019) en corresponsabilidad con ASSE y la IM.

Dirigida a personas sordas o hipoacúsicas hablantes de lengua de señas, brinda atención interdisciplinaria, en sus comienzos el equipo base de la USS se integraba por un médico de medicina general, dos Lic. en Psicología, una Lic. En Trabajo Social, cuatro Intérpretes de LSU (dos para interpretaciones dentro de USS y dos para derivaciones, ya sea acompañamientos a realizar análisis, etc) y un Mediador Sordo, todos ellos hablantes de Lengua de Señas como un “puente comunicacional” entre el sordo y el equipo. (Moizo,2014, pág. 44)

Mediante actividades de prevención y atención de salud y talleres de sensibilización en otras estructuras y servicios de salud en relación a la asistencia, referencia y contrarreferencia del primer, segundo y tercer nivel de atención de salud.

La atención es en forma directa con Cédula de Identidad los días Lunes de 15:00 a 18:00 y jueves de 08:00 a 11:00.

## **V- MARCO CONCEPTUAL**

### **Discapacidad**

La OMS (2021) entiende por discapacidad la interacción entre las personas que tienen algún problema de salud y factores personales y ambientales, pudiendo agregar que se traduce en una restricción o impedimento para realizar una actividad dentro del margen considerado normal para el ser humano. Caracterizada por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal.

Según Bourdieu (2010, citado en Venturiello (2018) ocurre por una experiencia asociada principalmente al sufrimiento social, ese tipo de dolor ocasionado por la percepción de áreas de provisión de seguridad que deberían ser garantizadas por el Estado y que, con el neoliberalismo, quedan bajo la responsabilidad de los individuos.

En este contexto se distingue lo sano y enfermo como “normal” y “anormal” mezclando en lo cotidiano otros términos como etiquetas “con capacidades diferentes” “inválido” “incapaz”.

Por su parte la discapacidad auditiva se define como la pérdida o anormalidad de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, como consecuencia inmediata la discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño y la niña, a edades tempranas, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos y consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral FIAPAS, (1990) en Rodriguez, (2014).

Aunque el término de sordera implica un determinado grado de pérdida auditiva, éste se ha utilizado y se utiliza tradicionalmente para hacer referencia tanto a la pérdida leve como profunda, generalizando su uso en la designación de cualquier deficiencia auditiva Trinidad, G. y Jáudenes, C.(2011)

## **Comunidad Sorda**

Entendiendo que la persona sorda es aquella que se encuentra en una situación de discapacidad de origen auditivo, constituyendo una comunidad que la integran individuos de condición desde el punto de vista individual o social, constituyendo una comunidad heterogénea.

Su configuración social de la identidad está dada desde una perspectiva subjetiva del cuerpo social. En el decir de Miguez (2016) “Una alteridad signada por el dolor social, y que por ser productor y producto de su propia historia y la colectiva, refleja la singularización de un cuerpo subjetivo constreñido y resquebrajado en un cuerpo social que no puede evitar sentirlo.”(Miguez, 2016).,

## **Acceso - Accesibilidad**

En la literatura internacional Vargas (2009) y Landini (2014) citado en Fuentes (2017), se entiende que el concepto "acceso" presenta dificultades en su definición, siendo usado de manera imprecisa, con límites no definidos con otros conceptos, por lo que se tiende a usarlo como sinónimo de "uso", "disponibilidad", "búsqueda de la atención", o a confundirlo con algunos de sus componentes, como la "cobertura".

Otro debate tanto terminológico como teórico, se refiere al uso de la palabra "acceso" o "accesibilidad", algunos autores los utilizan indistintamente, otros los distinguen a uno como un proceso y el otro una etapa de dicho proceso. Fuentes (2017)

Cuando se define el concepto de Accesibilidad se lo hace como la posibilidad que tienen los usuarios de ingresar al sistema, lo que se denomina “Accesibilidad inicial”. Pero también hay una “Accesibilidad ampliada” que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud. Podría decirse que el concepto de dignidad en la atención aporta a la accesibilidad ampliada, en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios. Comes, et al (2006)

Uno de los primeros autores en utilizar el concepto de "accesibilidad" fue Donavedian (1973, citado en Fuentes 2017), definiéndose como el grado de ajuste

entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud.

Desde esta mirada, la accesibilidad se muestra como un concepto relacional, al hacer énfasis en esta como articulación o relación (negociada, pero también conflictiva) entre los servicios y las características y necesidades de la población. Por su parte Samaja (2004, citado en D'Agostino 2017), pensando en la accesibilidad en términos relacionales y teniendo en cuenta las dimensiones subjetivas, la define como una barrera “barrera simbólica” considerando que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

Se debe tener en cuenta que al definir la accesibilidad desde la oferta queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad; en cambio, definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva.

Por lo que, si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad.

En cambio al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

Para el contexto de la investigación reafirmamos junto al concepto de Stolkiner desde las ciencias sociales de Bourdieu y Wacquant.

*“Como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de la combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” . (Stolkiner2000, )*

También se incluye de qué son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones. como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

Como otra forma de abordar la accesibilidad Landini (2014 citado en Fuentes 2017) propone dos modelos para su estudio.

En el primer modelo indica como dimensiones:

Disponibilidad como la existencia del servicio de salud en el territorio.

Accesibilidad como el grado de que los beneficiarios cuenta con los medios para acceder al servicio

Aceptabilidad: es el grado en que los servicios responden a las expectativas, valores y necesidades de los Usuarios.

En segundo modelo indica como dimensiones

Geográfica: relacionada con la distancia entre beneficiarios y servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.

Económica: relacionada con la capacidad financiera de las personas en relación con los costos asociados a atención y otros aspectos relacionados con esta. Administrativa: trabas burocráticas relacionadas al acceso a los servicios.

Simbólico-cultural: hábitos y costumbres de la población, y las diferencias existentes a nivel cultural entre beneficiarios y prestadores de los servicios.

Cada una de éstas permite, a su vez y muy en sintonía con los aportes de Frenk- identificar dificultades o barreras para que el proceso de necesidad, búsqueda y obtención de los servicios transcurra normalmente y se logre la satisfacción de los usuarios y la mejora o conservación de su nivel de vida.

En este sentido, hay barreras originadas en el sistema de prestación de servicios (referidas a influencias que la organización de dicho sistema ejerce sobre las posibilidades para facilitar el acceso) y otras originadas en la demanda (relativas a características individuales como variables sociodemográficas, la estructura social y la cultura)

Por su parte Frenk (1985) citado en Fuentes (2017) en su concepción de "accesibilidad" como algo adicional a la presencia o disponibilidad del recurso de un lugar, en un momento dado, señala la necesidad de tener en cuenta la

"disponibilidad", que constituye la presencia de los recursos para la salud, representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de la atención, donde la "utilización", que representa el consumo real de los servicios, viene a ser el otro extremo, el final del proceso.

De esta manera entiende que hay fenómenos intermedios entre ambos por lo que la "disponibilidad" no implica "utilización", pudiendo existir entre procesos obstáculos o barreras de acceso, entendidas como factores que se colocan entre los usuarios y los servicios y que obstaculizan o limitan la posibilidad de lograr la atención necesaria, distinguiendo.

- Obstáculos ecológicos: se origina en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancias y tiempos de transporte.

- Obstáculos financieros: precios

- Obstáculos organizativos: se originan en los modos de organización de los recursos, ya sea en la entrada o al interior de un establecimiento de salud, y se refiere a características.

Por lo visto, hay barreras presentes antes de recibir la atención médica (tiempo de viaje, de espera, pago de servicios, entre otros) y otras relacionadas con las características de los servicios una vez que se ha conseguido entrar en el sistema, como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Continuando con la visión de Frenk, señala que la importancia de cada obstáculo variará de acuerdo con el modo de organización del sistema de atención a la salud.

Por su parte, La OMS (2001) define las barreras como factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento, producen discapacidad o dificultan la funcionalidad de personas en condición de discapacidad. Estableciendo como categorías las barreras:

1- físicas y arquitectónicas; 2- en procesos de selección; 3- para la comunicación; 4 - metodológicas y didácticas; 5- actitudinales y 6- en la tutoría.

(Cíntora,K; Vargas,M; González, F 2019)

Como se ha visto, hay barreras que se deben rebasar antes de recibir la atención médica (tiempo de viaje, de espera, pago de servicios, entre otros) y otras relacionadas con las características de los servicios una vez se ha conseguido entrar en el sistema, como el proceso de referencia y contrarreferencia.

### **Percepción**

Según Casares (1959 mencionado en Roca 1991), proviene de la palabra latina "percipere" : "apoderarse de algo, recibir, percibir, sentir"; y del término también latino "capere": coger. Hay que citar también el término "apercepción" que tiene la misma raíz etimológica y que se define como: "preparar, avisar, advertir, caer en la cuenta".

Estas y otras definiciones y sinónimos, muestran la utilización de los sinónimos Percepción y Sensación o Percibir y Sentir . Lo para el lenguaje diario no trae problema, si lo representa en el científico ya que es diferente describir la reacción de los sentidos - la sensibilidad- que la percepción, ya que esta incluye la sensibilidad en un universo comportamental exclusivo, por lo que se considera que no existe percepción sin historia individual (Roca, 1991, p.10).

Percepción social es una de las acepciones más relevantes del concepto de percepción es la que hace referencia a la valoración que un individuo hace de una determinada situación social y de su papel o posibilidades en ella.

Diferentes autores (J. Vander; 1986, Allport; 1954, Asch; 1964 entre otros, citado en Ensayos 2010) han explicado el concepto de percepción social definiéndolo como un “proceso mediante el cual el individuo llega a conocer a los demás y concebir sus características, cualidades y estados interiores”

La percepción social, se encuentra unida al proceso de percepción; encargado de interpretar la información proveniente del medio a través de los sentidos. Actuando como mediador entre el individuo y su ambiente , transformando los estímulos del mundo exterior interpretando significado.



## **VI- DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

El fin del desarrollo de la investigación: “Discapacidad: Accesibilidad de la comunidad sorda al primer nivel de atención” fue aportar elementos para la reflexión monográfica.

### **Objetivos**

**General:** Identificar la percepción de la comunidad sorda y el equipo de salud , de elementos de accesibilidad a la Unidad de Salud para Sordos en el servicio de salud del Primer Nivel de atención

### **Específicos:**

- Distinguir percepciones de integrantes del equipo de Salud de la Unidad de Salud para Sordos en la Policlínica Tiraparé sobre la accesibilidad de la comunidad Sorda.
- Distinguir percepciones de integrantes de la Comunidad Sorda que se atiende en la Unidad de Salud para Sordos en la Policlínica Tiraparé sobre su accesibilidad.

Considerando desde la construcción del problema la pregunta ¿Cuál es la percepción sobre la accesibilidad de la comunidad sorda y del equipo de la Unidad de Salud para Personas Sordas, en la Policlínica Tiraparé del Primer Nivel de Atención?,

El contexto de estudio fue en el ámbito de la USS. en la Policlínica Luisa Tiraparé

### **VI.1 Metodología**

Se desarrolló una metodología cualitativa considerando en el decir de Minayo que “ responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado”. (Minayo, 2004)

**Universo:** Integrantes de la Unidad de Salud para Sordos.

**Población:**

- Equipo de salud de la USS.
- Integrantes de la comunidad sorda.

**Criterios:**

**Inclusión**

- Profesionales integrantes del equipo de la USS.  
Que cumplan su rol en la Policlínica Tiraparé.  
Que acepten intervenir en la entrevista y firmen el consentimiento.
- Personas Sordas.  
Mayores de 18 años.  
Que hayan asistido a la policlínica por lo menos en tres oportunidades.  
Que acepte intervenir en la entrevista y firmen el consentimiento.

**Exclusión**

- Profesionales integrantes del equipo de la USS.  
Que se encuentren de licencia.
- Personas Sordas.  
Que a la sordera se le suma otra dificultad para la comunicación.

**Técnica para la recolección de los datos.**

Como técnica para la recolección de datos se realizaron entrevistas, las que globalmente se entienden cómo una conversación entre dos con propósitos bien definidos, caracterizada principalmente por una comunicación verbal.

Entre sus diferentes tipos se desarrollaron entrevistas semiestructuradas, entendiendo como indica Hernández Sampieri R et al.: ( 2010)

*“las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados ``.(Hernández Sampieri et al.: 2010. p. 515.)*

Dado que se buscaba obtener información en los desarrollos de las mismas la privacidad se vería intercedido por la presencia del intérprete de lenguas, lo que se consideró en el proceso y al atender los contenidos y los contextos que integran la comunicación, pudiendo obtener datos objetivos y subjetivos.

## **VI.2 Procedimiento**

Luego de entregado el proyecto, se solicitó a la directora del SAS, Mag Alicia Guerra, autorización para la realización de la investigación y su referencia a integrantes de la USS para realizar las entrevistas (Anexo N° 1), quien a su vez nos derivó a los integrantes de la USS. A su vez se les pidió asesoría para el encuentro con las personas sordas a ser entrevistadas y el lugar posible de desarrollo.

Se contactan a los Profesionales del equipo de salud (Psicóloga y Médico de Familia), no pudiendo contactar al mediador, manteniendo entrevistas semiestructuradas.

Para la entrevista de los integrantes de la Comunidad Sorda, se asisten los días de atención lunes y jueves, se consulta sobre las personas sordas registradas, siendo abordados en sala de espera, la entrevista fue desarrollada en el consultorio de la psicóloga del equipo quien a su vez actuó como intérprete de la misma, facilitando la comunicación.

Entendiendo a la entrevista en el decir de Denzin y Lincoln (2005, mencionado por Vargas 2012) es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”.

Para la realización de las mismas se elaboraron las guías (Anexo N°2) y comunidad sorda (Anexo N° 3) que permitieron considerar los principales datos que se pretendían alcanzar.

Previa realización en ambos casos, se explicó el objetivo de la investigación se dio a leer el consentimiento informado, se reafirma la autorización para la grabación y que puede dejar la entrevista cuando lo desee. (Anexo N°4 ) solicitando su firma.

Además, se llevó un cuaderno de campo, para el registro de observaciones obtenidas en las entrevistas.

Una vez realizadas todas las entrevistas se desgrava sus contenidos, considerando los elementos no orales ( silencios, sonrisas, emociones, entre otros.)

## **Tratamiento de los datos**

De los contenidos de los datos provenientes de las desgravaciones se consideraron las características generales y se establecieron categorías. Partiendo de uno de los modelos de Landini (2014) y las percepciones brindadas en las entrevistas, se definen la Geográfica: Servicio de salud: - Simbólico-cultural:

Estas además posibilitan relacionado con los aportes de Frenk (1985) reflexionar sobre dificultades o barreras para una más favorable accesibilidad.

En todo momento se resguardo la confidencialidad, identificando a los profesionales por su profesión y a los integrantes de la comunidad con un nombre a su elección.

### **VI.3 Resultados**

#### **VI.3a Características**

##### **Características de los entrevistados**

Se realizaron entrevistas a integrantes de Equipo del Salud de la USS presentes en el periodo de su realización e integrantes de la comunidad sorda que asisten a dicha Unidad Cita en la Policlínica Tiraparé.

Se realizaron 10 entrevistas (2 a los integrantes del Equipo de salud y 8 a personas sordas)

##### **Características Comunidad Sorda**

El logro de entrevistas a integrantes de la comunidad sorda, plantea la dificultad de la época del año que se realizan, por un lado las licencias de verano y situaciones familiares, así como por ejemplo disminución de transporte.

En lo que respecta al desarrollo, en relación a lo conceptual fueron más sintéticas, de menor tiempo, pero claras y con contenidos necesarios.

Otro hecho que se diferencia con lo estipulado, es la necesidad de la intervención de un intérprete, restando la características de confidencialidad

De los 8 entrevistados se identifican como características (Tabla N° 5) que: Todas integran el sexo femenino y residen actualmente en Montevideo .Sus edades oxilan entre 28 y 72 años, mayoritariamente en la franja entre 30 y 40 años.

Mientras que 5 de ellas trabajan ,una además estudia , 2 no trabajan actualmente y 1 es jubilada.

En cuanto a lo relacionado con lo laboral expresan tener dificultades para conseguir trabajo hay quienes lo hacen mayoritariamente es por su cuenta o periódicos.

*S: “Hay muchas barreras para acceder a los trabajos, solo lo que es con el trabajo vivimos solo con la pensión vivimos y con este trabajo de dar volantes en la calle”.*

**Tabla N°5 Características de la comunidad sorda entrevistada**

Entrevista N°	Inicial	Edad	Tiempo en años/meses	Ocupación Trab/ Est	Lugar de residencia	Sexo
1	J	44	5 a	No	Mont	F
2	A	72	9 a	Jub	Mont	F
3	S	35	4a	No	Mont	F
4	C	35	3a	Trab	Mont	F
5	B	33	4a	Trab	Mont	F
6	E	28	2a (no frecuente )	Trab	Mont	F
7	L	42	2a	Trab	Mont	F
8	R	40	6 m	Trab Estudia	Canelones	F

**Elaboración:** propia

**Fuente:** Datos de investigación

### **Características del Equipo**

En el momento del desarrollo de las entrevistas el Equipo de USS de la Policlínica Tiraparé se compone de 3 integrantes 2 profesionales y un intérprete de lengua de señas Uruguay

Se realizaron 2 entrevistas dado que no fue posible la tercera coordinación.

De las 2 entrevistadas se destaca que ambas pertenecen al sexo femenino, de las profesiones psicóloga y medicina familiar y comunitaria e integran la unidad desde sus comienzos, cumpliendo sus roles en la policlínica Tiraparé dependiente de la IM y la policlínica de la RAP ASSE “Dr. Enrique Claveaux”; ambas manejan como herramientas de comunicación la lengua de señas.

En cuanto a la estructura de la USS al comienzo se constituía por: Profesionales (medicina familiar y comunitario, psicología, trabajo social) no profesional Intérprete de lenguas de señas con curso realizado cuyo rol específico era interpretar exactamente lo que transmite la persona sorda en las distintas intervenciones (intra y extramuros) y el mediador, persona sorda que facilita la comunicación entre la comunidad en los ámbitos intra y extramuros.

De las entrevistas se desprende que en el comienzo todos los integrantes estuvieron vinculados laboralmente al área de la salud. Se dio comienzo con la integración de 2 mediadores, rol que no fue reconocido por el MIDES, buscando no se perdiera este rol eran remunerados por el Centro de Investigación y desarrollo para la persona sorda (CINDE) dependiente de la Administración Nacional de Educación Pública ( ANEP), no pudiendo mantener el costo, por lo que renuncian.

En cuanto a los intérpretes en el primer periodo los intérpretes eran Lic en enfermería y trabajadora social y, luego de la desvinculación de esta última ingresan una Psicomotricista y una socióloga esas cuatro intérpretes trabajaron alrededor de los primeros seis años más o menos.

Un hecho relevante en la constitución del equipo fue al dejar de pertenecer del MIDES y pasar a la órbita de la salud, el cargo de Trabajador Social quedó descubierto y no se volvió a llamar

El hecho de que los primeros intérpretes eran profesionales en algún momento vuelcan al proceso de la USS sus conocimientos aunque no sea el rol destinado.

## **VI. 3b Categorías**

Las categorías - Geográfica - Servicio de salud: - Simbólico-cultural. son de las entrevistas a las personas sordas y el Equipo del SUS

### **Percepciones de la Comunidad Sorda**

#### **Categoría Geográfica**

Las integrantes de la comunidad sorda coinciden en que la policlínica les queda lejos, debiendo en algunos casos tomar 2 ómnibus a pesar de vivir en Montevideo, como en el caso de

*S: “Y tengo que salir una hora y media antes porque son dos ómnibus. En cambio, quien vive fuera de los límites de Montevideo tiene la posibilidad de tomar un solo ómnibus.”*

En este sentido se mencionan la lejanía, el tiempo y los entornos sociales, como dificultades relacionadas a lo geográfico, percibiendo a su vez que la distancia es causa de dificultad para la llegada en hora a la policlínica.

*S “..... a veces llego tarde porque me queda lejos o por ejemplo cuando mi hijo tiene que ir a la escuela y tengo que arreglar los certificados y tengo que justificar y a veces se me complica la lejanía y entiendo que es un error llegar tarde a un lugar pero es complicado llegar en hora cuando se viene de tan lejos.:”*

Por otra parte, expresan tener otras policlínicas más cercanas, que pueden acceder caminando, pero prefieren trasladarse para obtener la atención que se les brinda.

En cuanto a las fortalezas, una de ellas es el poseer pase libre o tarjeta Sistema Transporte Metropolitano ( STM), para pagar el transporte, así como la posibilidad de paradas accesibles.

El hecho de viajar solos, no lo viven como dificultad, dado que lo han resuelto evitando la comunicación sin hablar.

Esto se relaciona a que muy pocas veces asisten a la policlínica acompañados, y cuando lo hacen es por lo general acompañando algún familiar directo. Si, refieren que en casos especiales principalmente de alguna consulta específica o derivaciones a otros servicios perciben la necesidad de una compañía para lograr una mejor comunicación.

### **Categoría Servicio de Salud**

De la policlínica se destaca la posibilidad que el equipo sepa Lengua Seña Uruguay (LSU) o contar con intérprete, ya que no siempre quienes pueden acompañarlos logran transmitir las informaciones

*J: “El doctor de allá no sabe LSU y por eso es que no nos entendemos, la comunicación no es buena, allí yo tengo que ir acompañada con mi madre y que el doctor le explique a mi madre y a veces ella no me sabe explicar a mí, a veces me escribe un poco y pasa eso en Piedras Blancas no hay intérpretes y no hay nadie que hable LSU, Entonces me escriben un poco para adaptarse y entender un poco”.*

Motivo principal por lo que las derivaciones a otros servicios los dificulta

*A: “Es difícil las derivaciones y los trámites a otros especialistas es difícil. Por ejemplo cuando voy al medico porque allí me hablan y no entiendo yo lo soluciono con una videollamada y me ayudan para poder entender.”*

Se señala el gran beneficio de contar con intérpretes entre otras cosas para comprender mejor las medicaciones y eso lleva a que hasta en el mismo servicio se soliciten su presencia.

Otra diferencia mencionada de la policlínica que les da mayor tranquilidad, es el hecho de conseguir números para la atención

*E: “No acá es fácil, porque a diferencia de la otra policlínica que al ser difícil expresarme y explicarles me pasan para más adelante, por ejemplo, el dentista de mi hijo que es como que lo viven aplazando y pasando para más adelante, acá yo vengo y me atienden directamente y para pedir fecha me comunico directamente con una administrativa que nos da horas y fechas a diferencias con la otra policlínica, que yo allá no tengo ninguna comunicación no puedo anotarme naturalmente porque la mayoría llama por teléfono y yo no puedo yo tengo whats app pero en las otras policlínicas es telefónico o hablado.*



Por otra parte, se mencionan consecuencias por la dificultad de la comunicación al no haber intérprete, como sentimientos de preocupación y tristeza.

*C: “Me preocupa muchísimo y obviamente me hace sentir triste. Porque por ejemplo si necesito algo urgente o lo que sea no tenemos comunicación y no nos podemos comunicar”.*

También en la percepción de que su espera es mayor que la de las otras personas.

*E: “No se, yo no espero, ya no, me enoja veo que los demás pasan y a mi me dicen espera espera ahí sentada mi hijo se pone a llorar porque demora, se aburre y yo también me siento incomoda pero bueno”.*

O consecuencias producto de la tensión causada

*E: “ por ejemplo, cuando mi hijo tiene que ir a hacer audiogramas yo pierdo información y se me pierden cosas que no entiendo.”*

Otro hecho actual percibido como barrera de la comunicación es el uso del tapaboca que impide la posibilidad de leer los labios del hablante.

*S: “la comunicación tienen que tener mucha paciencia además está el tema del tapabocas, a veces cuando he tenido que llevar a mi hijo que está enfermo tengo que pedir que se retiren el tapabocas para ver si puedo llegar a hacer alguna lectura labial pero es muy difícil la comunicación.”*

*S: “Porque acá puedo aprovechar comunicarse de igual a igual, no hay apuro, hay tiempo, hay veces que voy a otros lugares a atenderme y es una pérdida de tiempo, acá siento que lo aprovecho.”*

### **Categoría Accesibilidad Simbólica**

Se percibe altamente que la posibilidad de comunicación en la policlínica, el sentirse “entendida” cubre dificultades de comunicación social que generalmente perciben como altamente dependiente de los otros y que esa dependencia es aceptada por la sociedad.

*J: “Por ejemplo, cuando voy con mi madre, tenemos un problema vincular, me rezongan o el médico habla con mi madre o mi hermano que son oyentes y yo me quedo aislada. yo voy y le avisan a mi madre y yo espero y mi madre es la que se mueve, la que hace todo y yo dejo que ella haga porque yo no entiendo, mi madre es mayor y no quiero preocuparla.”*

*L: “A veces todo eso ocasiona sufrimiento toda esa situación que hay lugares que nosotros como personas sordas no podemos ir acompañadas Claro, como hago para hablar como digo las palabras una persona que es el medico me gustaria que tenga intérprete pero yo tengo que traer a mi esposo y es difícil, a veces se comunican bien y yo como persona muchas veces necesitaría y me gustaría ir sola al medico y asi poder arreglármelas sola y acceder a mi salud sola independientemente si mi esposo va o no, si el me esta llevando siempre a todas las consultas no está para nada bueno”.*

En todos está presente el deseo de regresar a la policlínica, por varios motivos destacando el considerar que estará todo previsto para su llegada

*D: “me gusta porque puedo hablar lengua de señas porque me puedo comunicar, porque si necesito una intérprete siempre está, por ejemplo, si me dan fecha y me derivan a otro lugar a hacer un intérprete ya me coordinan un intérprete, entonces yo se que aca van a tener previsto lo que necesito.”*

*S: “Aca se entiende claro se entiende todo porque además tengo la confianza de que si no entendi algo no quedarme con dudas y preguntarles todos o pedirles que me vuelvan a explicar”.*

## **Percepción del Equipo**

### **Categoría Geográfica**

El principal facilitador percibido para el acceso de la comunidad sorda es la ubicación de la misma, cita en el centro de Montevideo, lugar estratégico porque convergen llegadas de transporte de distintas zonas de Montevideo y otros departamentos cercanos, por los que se percibe un tanto, relevante número en la atención .

*“P: “hay varios alrededor del 25 por ciento”*

Este hecho sumado a la cercanía de liceos y Banco de Previsión social (BPS) fue una de los motivos de decisión de ubicarse en Tiraparé hoy considerada muy positiva para integrarse en Tiraparé

*MF: “diez años después te digo que hicimos bien en ponerla allí porque nos fue de referencia ubicada donde está, porque las intérpretes acompañan a los sordos a BPS”.*

En este momento las personas sordas acceden ante la derivación de médicos de familia, dado el contacto profesional la información sobre el servicio. Otro lugar de donde se deriva es el Hospital Pereira Rosell, donde hay personas que conocen algo de la comunidad sorda y el servicio.

Del resto de los servicios generalmente desconocen la existencia de una unidad específica para las personas sordas. “no es algo que esté visibilizado en medios de comunicación.

*P: “Otra forma percibida que incide en el acceso es por la comunidad misma “la comunidad sorda entre ellos es una comunidad muy referente y se comunican de que hay un lugar al que pueden venir que pueden venir solos”.*

La persona sorda antes de la existencia de este servicio depende mucho de un familiar que lo acompañaran a las consultas médicas, por eso hoy en día puede venir la persona sola y hablar en su propia lengua

También provienen de una internación anterior derivadas por personas sordas que conocen la policlínica.

### **Categoría Servicio de Salud**

Al estar inmersos en una policlínica con integrantes de otro equipo de salud, se percibe con algunos de ellos una relación de referencia y contrareferencia muy importante

Así entre los diferentes profesionales Nutricionista, Partera, Vacunación, Pediatría, Medicina, Psicología y Trabajo Social

Entre ellos quienes se ponen a las órdenes los días de atención de la USS, son Pediatra y nutricionista pero el resto de los profesionales no, se encuentran distanciados, pese a que tienen algún punto de intersección con nosotras, pero en realidad no son expertos en sordos pero a través de la experiencia la relación con intérpretes y mediadores y cómo se sienten durante la atención a las personas sordas no están exclusivos y por eso en sí somos nosotras quien los vamos a buscar.

Otra de las fortalezas es que a diferencia de la Policlínica “Dr. Enrique Claveaux se cuenta con administrativos sordos, además se cuenta con un celular donde las personas sordas pueden solicitar fechas, siendo esta administrativa sorda que se encarga de cancelar, de coordinar u otorgar fechas vía whatsapp o comunicarse vía videollamadas.

La comunidad sorda accede a todos los servicios de la policlinica más generalmente a odontólogo, vacunas y parteras esto permite considerar una atención Integral.

Aunque se percibe que el lograr resultados requiere mucho esfuerzo, insistencia intra muro y en otros servicios. Lo que nos pasa es que todo es muy a pulmón es todo muy casero.

Se trata de que cuando se derivan van directamente a otro profesional y los acompañe un intérprete esto permite una mejor referencia y contrareferencia apoyada ahora con la historia electrónica.

También es muy engorroso para nosotros la derivación al Hospital Maciel que muchas veces se pierden, son lugares no accesibles.

Por otra parte el equipo extiende sus actividades en red en el municipio donde está la policlínica. .

La importancia de la propuesta de la USS queda más visibilizada en este momento con la emergencia sanitaria por la pandemia COVID 19. Ahora estoy certificada y los sordos no tienen médico que los atienden, se les está intentando conseguir hora con otros médicos pero la atención no es la misma porque no saben lengua de señas, no conocen la cultura, no se los conoce como yo hace diez años y estamos tratando de hacer parches pero básicamente el área de salud mental y al no tener trabajador social y tratamos de suplir generando vínculos dentro de las instituciones y de ese modo brindar y sostener el servicio. Esto se deriva de los antecedentes de desconocimiento e interrelación con personas sorda por parte de profesionales “MF: los problemas que hemos tenido con los profesionales es por desconocimiento o por ignorancia por parte del profesional”.

## **Categoría Accesibilidad Simbólica**

Permanentemente se busca la visibilización de la unidad tratando de disminuir la barrera entre “ambas culturas”

*MF: “Ojala se achicara, pero no se si se achica la idea sería que dentro de los objetivos de una unidad de salud para sordos que debería comprender desde el equipo de la importancia de la difusión de la cultura sorda y a la divulgación y reconocimiento de la cultura sorda”.*

Es percibido que la necesidad de ayuda, referente a lo social, laboral, lleva a los integrantes de la comunidad sorda a recurrir al equipo.

Uno de los cambios que mejoró la relación con la comunidad sorda es el no necesidad de asistir con un acompañante dado que estos generalmente “acapan la atención”

*P: “Entonces el familiar acapara la atención y el servicio donde la persona sorda quedaba por fuera de la consulta. Poco a poco se fue cambiando y se fue trabajando para que la persona sorda vuelva a ser el objeto central de la atención.”*

También se vio fortalecido la interrelación en territorio interviniendo en En ámbitos de la crianza los Centro Atención a la Infancia y Familia (CAIF) han logrado visibilizar la importancia de los intérpretes.

## **VII - REFLEXIONES**

El tema de discapacidad ligado al de accesibilidad tiene cada vez más relevancia en nuestro país.

En este contexto desde la mirada del trabajo social y el desarrollo de la metodología cualitativa permitió, conocer de la voz de los propios involucrados elementos de su percepción, contribuyendo desde la reflexión al conocimiento sobre la accesibilidad de la Comunidad Sorda a los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) a la Salud.

Considerando que el momento histórico en el cual se realizó la investigación transcurre concomitante con la emergencia sanitaria medida tomada como prevención ante el surgimiento de la pandemia COVID-19, lo que ha disminuido las condiciones propicias para el cumplimiento del objetivo, pero sin duda que ha sido una experiencia muy enriquecedora que permitió obtener conocimiento de primera mano sobre como personas sordas perciben su acceso a los servicios de salud específicamente a un servicio que prioriza su atención.

Sin lugar a dudas al reflexionar en el marco de la situación de discapacidad sobre la accesibilidad de las personas sordas al PNA, no se puede ignorar el hecho de que en el concepto de discapacidad a la sordera se la integra, motivado específicamente por no ser una discapacidad visible físicamente, impulsado por no considerar al individuo en forma integral y como sujeto de derecho. Situación que afecta a estas personas en todas las etapas de la vida y es más notorio y relevante en el acceso a la atención a la salud .

En cambio el considerar la persona sorda en situación de discapacidad, permite comprender a esta comunidad tan heterogénea con visible sentimiento de pertenencia y brindar la posibilidad de implementar contextos y desarrollar acciones que permitan una accesibilidad acorde a su situación.

En este contexto el elemento más notorio se relaciona con el decir de Fiapas (1990) en el hecho que esta discapacidad, presenta su dificultad mayor en la comunicación. Por lo que a la hora de considerar los términos complejos y complementarios de acceso y accesibilidad, se entiende a este último desde la conceptualización de Stolkiner y su consideración de esta a través del vínculo, lo que permitió una mirada más cercana a esta situación de discapacidad, sumando las dimensiones de Landini para completar elementos que permitieron conocer otras barreras o facilitadores complementados desde la percepción de personas sordas

Evidentemente la USS a la hora de pensar en la accesibilidad de la persona sorda constituye un servicio que parte de una mirada y consideración específica a esta comunidad, considerando por lo tanto que los resultados obtenidos llevan este sesgo.

De esta manera al conformarse la USS, para la elección del lugar se consideró la mayor posibilidad de acceso desde diferentes puntos geográficos, dado por la llegada de ómnibus interdepartamentales; hecho percibido como importante tanto para el equipo como para las personas que acceden al servicio. La llegada al servicio se ve impulsada desde la comunicación tanto entre integrantes de la comunidad sorda o con aquellos profesionales de otros servicios que identifican la importancia de considerar que en este se disminuyen ampliamente las barreras de accesibilidad para quienes se encuentran en esta situación de discapacidad.

Estos se constituyen en elementos que se suman a lo largo de las percepciones y desembocan, en que el hecho de contar con la Unidad específica y especializada y poder asistir a la misma, va más allá y justifica el amplio tiempo para llegar a la policlínica.

El conjunto de percepciones desarrolladas acerca de los elementos de la accesibilidad, referencian la señalización de Kant (2003) tomado por Sanchez (2015) como una representación de la conciencia como un indicio de una teoría de la percepción que involucra a esta facultad como un mecanismo esencial del conocimiento.

Así, los conocimientos generados desde la percepción de la diferencia en la atención entre la USS y otros servicios es que se prioriza el ser escuchados, considerados como personas integrales, con derechos. De esta forma se sienten confortados y fortalece en su ámbito el vínculo con las personas oyentes.

Reafirmando que la USS en su entorno contribuye a que sus procesos personales y decisiones no dependan de otras personas, sintiéndose libres y autónomos, destacando que es sumamente importante para este logro la presencia de intérpretes, o que el profesional sepa lenguas de señas, lo que les da seguridad, impulsándonos a ser constructores de su destino.

Una vez más se destaca la importancia de la comunicación que al igual que todos los individuos es la base para el desarrollo físico, psicológico, social y cultural de los seres humanos Loredó(2012) en Barranco et al(2016), representando un elemento esencial para el contacto entre estos Cardoso 2006; de Almeida 2007 en Barranco et al (2016)

Hecho que se percibe como una barrera en el espacio del transporte, medio para acceder a la USS donde para evitar dificultades consideran simplemente no mostrar su situación por lo tanto no comunicarse.

Sin dudas la comunicación es el elemento principal del vínculo, con el equipo de salud y allí la relación para el logro del objetivo del mejor proceso salud - enfermedad y la calidad de vida en este caso de las personas sorda

El equipo de la USS integrado por profesionales y técnicos, están desde surgimiento de la unidad, buscando elementos para contribuir a la mayor accesibilidad de la población sorda, sorteando barreras, tratando de mantener el objetivo trazado de brindar un servicio de salud accesible e integral justificando ampliamente al decir de Franco et al (2015) en Geraldo (2015) quien entiende que el rol de los profesionales de la salud conlleva un modelo de atención que apunta a la atención integral.



En este sentido debemos considerar factores externos dado que el equipo integra una estructura inmersa en otra, lo que conlleva a que las soluciones a problemas de ésta no depende directamente de ellos, viéndose reflejado al no cubrir los cargos vacantes, disminuyendo los integrantes, entre ellos el trabajador social dificultando la atención integral para dicha comunidad.

Esta situación lleva a considerar no sólo el problema de la accesibilidad para la persona sorda, sino también el de la visibilidad de la importancia de los distintos conocimientos disciplinares, en este caso específicamente el del trabajo social, dentro de la cual se comprueba el fortalecimiento de esta temática en diferentes estudios realizados.

## **VIII - CONCLUSIONES FINALES**

A pesar que este trabajo se impulsa por la obtención del título de grado, se fundamenta en lo vivenciado en la práctica pre profesional. El proceso desarrollado permitió dar respuesta a la pregunta problema ¿Cuál es la percepción de la Comunidad sorda y el equipo sobre la accesibilidad a la Unidad de Salud Para Personas Sordas en el Servicio del Primer Nivel de atención, Policlínica Tiraparé ?

Desde lo abordado, tratado y desarrollado se dio cumplimiento al objetivo propuesto, contribuyendo al conocimiento sobre la accesibilidad a los servicios del Primer Nivel de Atención a la Salud de la Comunidad Sorda, desde su perspectiva, comprobando que la sordera es una discapacidad. Así como llegar a coincidir con las conclusiones de los antecedentes, entendiendo que la relación de las personas en situación de discapacidad en un servicio de salud va más allá del logro de una atención, siendo esta por sí misma un factor relevante a través del vínculo para que la persona acceda o se incluya en todos los aspectos que encierran el sistema de salud, obteniendo un ida y vuelta de resultados de las personas que acceden a la atención y los equipos de salud que la brindan.

El desarrollo metodológico y a pesar que el contexto socio sanitario dificultó la captación de personas en el servicio, permitió desde la saturación de la información aportar elementos para la reflexión monográfica.

A modo de conclusión, la construcción de la accesibilidad se fundamenta en el vínculo entre el equipo y las personas sordas unificando realidades, vivencias y percepciones en condiciones particulares en cada uno, ocasionando facilitadores y barreras para la accesibilidad.

De este modo la principal barrera vivenciada por el equipo se relaciona a la deconstrucción del mismo.

En cambio en la comunidad sorda se destaca como facilitador para el logro del fortalecimiento del desarrollo personal, siendo a su vez de tal relevancia que disminuye algunas barreras como las distancias

Tal como hemos podido comprobar desde la perspectiva de los involucrados concluimos, la importancia de seguir construyendo elementos específicos en los servicios para mejorar la accesibilidad en todas las personas y específicamente considerando las diferentes situaciones de discapacidades.

Por otra parte, desde los conocimientos recabados interpretamos la importancia de confirmarlos o refutarlos desde el estudio de la accesibilidad de las personas sordas a un servicio del PNA que no cuente con la especificidad de la atención brindada por el SUS.

De igual forma la importancia de sumar al equipo los aportes del profesional de Servicio Social entendiendo que los mismos entre otras cosas, pueden informar derechos, brindar herramientas y asesoramiento que guíen, a la toma de decisiones informadas que crean correctas sobre sus vidas.

Por último la posibilidad de integrar el aprendizaje de lengua de seña a los profesionales y futuros profesionales del equipo de salud para continuar favoreciendo y fomentando la accesibilidad de la comunidad sorda dentro de los distintos niveles de la salud.

## IX - BIBLIOGRAFÍA

- Barranco Morente, Sebastián, Ventura Puertos, Pedro E., & Coronado Carvajal, Pilar. (2016). Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas. *Index de Enfermería*, 25(4), 253-257. Recuperado en 20 de febrero de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300007&lng=es&tlng=es).
- Binimelis Espinoza, H y Veechi Llanquile, V. "Transparencia y accesibilidad: evaluación del servicio nacional de discapacidad en Chile desde la perspectiva de personas en situación de discapacidad visual". *Revista uruguaya de Ciencia Política*. [en línea] 2018, v.27, n. 2, pp. 57-74.
- Carbone, C.(2017) El problema de la accesibilidad y las barreras psico socio culturales en salud . Trabajo final de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Comes, Y; Solitario, R; Garbus, P<sup>3</sup>; Mauro, M; Czerniecki, S; Vázquez, A; Sotelo, R; Stolkiner, A(2006) El Concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre poblacion y servicios Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV
- Corona Lisboa, J. L. (2015). Uso e importancia de las monografías. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 34(1), 64-68. Recuperado en 10 de octubre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002015000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000100007&lng=es&tlng=es)
- Cíntora,K; Vargas,M; González, F (2019) Retos de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ante los estudiantes con discapacidad 2019 -Recuperado de: <https://sinectica.iteso.mx/index.php/SINECTICA/article/view/960> doi: 10.31391/S2007-7033(2019)0053-006
- D´Agostino,A Consideraciones acerca de la accesibilidad y el derecho ala Salud en la niñez y la adolescencia Facultad de Psicología Universidad de la Plata Argentina Revistas Anuario Temas en Psicología Volumen 04 | Año 2017
- EITO, A. & GÓMEZ, J. (2013). El concepto de comunidad y trabajo social. En *Revista Espacios Transnacionales* [En línea] No. 1. Julio-Diciembre 2013, Reletran. Disponible en: <http://www.espaciostransnacionales.org/conceptos/conceptotrabajosocial>

- Ensayos Percepcion Social(2010) Visto en <https://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-Percepci%C3%B3n-Social/787126.html>
  
- Fuentes Reverón, Susset. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 272-286. Recuperado en 01 de enero de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es&tlng=es).
  
- Gálvez Toro, A. Revisión Bibliográfica: usos y utilidades. *Rev Matronas Profesion* 2002; 10.25-31 Visto en: [.https://studylib.es/doc/1008594/la-revisi%C3%B3n-bibliogr%C3%A1fica--usos-y-utilidades](https://studylib.es/doc/1008594/la-revisi%C3%B3n-bibliogr%C3%A1fica--usos-y-utilidades)
  
- Giraldo, F El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS) *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Colombia* 2015 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2015000300011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300011)
  
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P(2010). *Metodología de la investigación*. 5a. de. México: McGraw Hill Interamericana;
  
- Landini, F., González, V., y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cuaderno de Salud Pública*. (30) 2, 231-244.
  
- Laurell, A. (2016). Competing Health Policies: Insurance Against Universal Public Systems. *Latino-Am. Enfermagem*, 24:e2668. doi <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>
  
- Ley 20422. Ley que Establece Normas sobre *Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*. (2010). Congreso Nacional de Chile. Santiago de Chile.
  
- Ministerio Desarrollo Social (MIDES) Guías Nacional de Recursos Sociales Visto <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/27553> /unidad-de-atencion-de -salud- para-personas-sordas
  
- Ministerio de Salud Dirección General de Coordinación El Sistema de Salud en Uruguay Visto en :[http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El\\_sistema\\_de\\_salud\\_en\\_el\\_Urug.pdf](http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El_sistema_de_salud_en_el_Urug.pdf)

- Moizo M(2014), “Primera Unidad de atención a la salud para personas sordas en el Uruguay: Hacia una nueva conquista de derecho”, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, UdelaR, Pag; 44
- Olesker D, González T.(2009) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009). Montevideo, Uruguay: Ministuccion de un Sistema de Atención en el Primer Nivel, con el desarrollo de una estrategia de Atención
- Organización Mundial de la Salud, OMS, & Banco Mundial, BM. (2011). *Informe mundial de la discapacidad*. Ginebra: OMS.
- OMS Discapacidad y Salud Centro de Prensa 2021 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Oviedo,A. Uruguay Atlas Sordo 2015 <https://cultura-sorda.org/uruguay-atlas-sordo/>
- Pinheiro, R. (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. En R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* (pp. 15-28). Río de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ y Abrasco.
- Pinheiro, R. (2010). Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. En R. Pinheiro, & A. Gomes da Silva Jr. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora* (pp. 17-37). Río de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ e Abrasco.
- Roca i Balasch, J. «PERCEPCIÓN: USOS Y TEORÍAS». *Apunts. Educación física y deportes*, [en línea], 1991, Vol. 3, n.º 25, pp. 09-14, <https://raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/381012>].
- Rodríguez, S. (2010) Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. (Trabajo de investigación). Universidad de Barcelona, España. Colombia.
- Rodriguez, L (2014) LA DEFICIENCIA AUDITIVA. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad. Volumen 1, Número 1 2015,
- Rosales Sánchez, J (2015). Percepción y Experiencia. *EPISTEME*, 35(2), 21-36. Recuperado en 19 de febrero de 2022, de Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng)

- Souza Minayo MC, Ferreira Deslandes S, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Stolkiner y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken
- ▣ Trinidad, G. y Jáudenes, C. (coord.) (2011): Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar (2ªed.). Madrid, Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS En Estefania Quiroga ¿que es la discapacidad auditiva 8 FEBRERO, 2017 en (2012).<https://hablemosdeneurociencia.com/discapacidad-auditiva/>
- Umpierrez Chavez, G. (2015). Accesibilidad simbólica: barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, Montevideo. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 10(1). Recuperado a partir de <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view>
- Vargas, I (2012) La entrevista en la Investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos Revista Calidad en la Educación Superior Programa de Autoevaluación Académica Universidad Estatal a Distancia Costa Rica 2012
- Venturiello, M. P. (2016). *La trama social de la discapacidad: cuerpo, redes familiares y vida cotidiana*. Buenos Aires: Biblos.
- Venturiello, M Ferrante,C(2018) Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile Creative Commons Attribution 3.0 publicado el 17 de enero de 2018
- Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C, & Sosa, A. (2011). Niveles de atención de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 11 de octubre de 2021, de Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).