



Construir un Sistema de Salud Integral y Accesible: aportes desde la experiencia de usuaries con discapacidad

Entrevista con Carolina Buceta



María José Campero

Programa Discapacidad y Accesibilidad SEUBE FFyL, UBA.
Contacto: majocampero@hotmail.com

Axel Levin

Programa Discapacidad y Accesibilidad SEUBE FFyL, UBA.
Contacto: axellevin4@gmail.com

Entrevista realizada en Agosto de 2020

Introducción

Cuando nos acercamos a la discapacidad en relación con el campo de la salud observamos la predominancia de prácticas rehabilitadoras y medicalizadoras. Esto significa una reducción de la oferta de servicios a la dimensión corporal, orgánica e individual (asociado muchas veces a la enfermedad o déficit) y a procesos de atención que dejan por fuera otras prácticas, como las preventivas y promocionales del cuidado, y la salud integral.

Asimismo, existe un conjunto diverso de barreras para la población en general, las cuales muchas veces intentan saldarse con espacios diferenciados o políticas de discriminación positiva que implican, o refuerzan, procesos de inclusión excluyente.

En la entrevista nos propusimos dialogar acerca de estas barreras estructurales y de las prácticas en el sistema de salud argentino. Fundamentalmente, indagando cómo se materializan los obstáculos para el derecho a la salud integral y las transformaciones necesarias para removerlos. Un aspecto que nos llevó a tener en cuenta esta conversación fue la importancia del encuentro entre les usuaries y los equipos de salud para la producción de accesibilidad. En particular, cobran relevancia central las experiencias de usuaries y activistas en el campo de la discapacidad y la accesibilidad, que por su involucramiento, hoy en día se encuentran en lugares de gestión.

Nuestras preguntas giraron en torno a las dificultades y contribuciones para pensar un sistema de salud más accesible y universal; una gestión sanitaria que contemple el derecho a la integralidad en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de las personas con discapacidad, así como también sus experiencias y saberes.

Entrevista



Carolina Buceta

Descripción de la imagen: Mujer con cabello largo, rubio y enredado con mirada hacia arriba, sostiene un micrófono cerca de su boca.

María José Campero: –Te agradecemos, Carolina, por aceptar esta entrevista con nosotros. Como te contamos, nuestra intención es problematizar la relación entre el sistema de salud y la discapacidad. En este sentido nos interesa preguntar: ¿para qué usuarios crees que está pensando el sistema de salud?

Carolina Buceta: –En general, más allá de hablar de discapacidad, o de personas con discapacidad, todavía el sistema de salud está pensando en un usuario descontextualizado de la realidad. Como por ejemplo para una población heteronormativa. Y después ahí podemos desglosar otras intersecciones entre las cuales está la población con discapacidad. En líneas generales, no está pensada la salud desde un acceso o diseño universal. De hecho, si vos no tenés una cobertura que pueda prestar un servicio, como los controles de glucemia, los aparatos que hacen el control de la presión, por ejemplo los parlantes, que son monetariamente poco accesibles para la población, algunas obras sociales las cubren, otras no. Al no tener en realidad una cobertura universal de salud, se hace todo mucho más complejo.

MJC: –Tanto a nivel nacional como en cada jurisdicción debería plantearse una política universal de salud o de cobertura universal.

CB: –Sí, claro. Lo que pasa es que después, por ejemplo, cuando elegís un método anticonceptivo tenés que ver si está dentro del Programa Médico Obligatorio. Un montón de otras variantes donde incluso algunas elecciones no son tales.

MJC: –La inducción a la decisión... ¿Nos podés contar cómo fue tu experiencia como usuaria y lo que has identificado del ámbito siendo referente de una organización como la Red por los Derechos de las personas con Discapacidad (REDI)?

CB: –Ahí lo tenemos que dividir en, quizá, las barreras que definimos en forma teórica: las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales. Empezando por las barreras actitudinales que son quizá también las más difíciles. Hasta que uno no lo pone sobre la mesa, los profesionales de la salud no se dan cuenta de esto. Por ejemplo, nos pasa a todas las personas con discapacidad, de cualquier edad, que cuando acudimos al sistema de salud acompañadas, sea por algún asistente, por algún familiar, o sea porque estamos acompañadas de forma casual por alguna otra persona, los profesionales tienden a hablar con la persona que es acompañante y no con la persona que es titular de su cuerpo y tiene que decidir

qué pasa con esa práctica clínica. O la práctica de la especialización que sea. Incluso con preguntas que son subjetivas.

A mí me ha pasado, por ejemplo, de ir a un cardiólogo porque veían cierto ruido en un estudio. Entonces la clínica me dijo: “Por las dudas andá, no creo que sea nada grave pero hacé la consulta, total no perdemos nada”. Yo había ido con mi papá a hacer otro trámite antes, y entonces me dijo: “Dale, vamos que te acompaño, son solo un par de cuadras”. Entro, y cuando me toca el turno el señor, sin preguntar, le dice a mi papá: “Entre, señor, entre usted también, eh”. Las preguntas, hasta que le pudimos poner un límite, estaban dirigidas a él. Hasta le llegó a preguntar... “¿Y usted, qué le duele... a ella?”. A lo que mi papá le respondió: “No tengo idea, yo estoy acá de casualidad” (risas).

MJC: –Situación que además rompe con la anamnesis de la clínica, donde es la persona la que construye con le otre la entrevista.

CB: –Además, si vos llevás esta situación a una estructura familiar vertical donde hay sobreprotección, donde hay falta del ejercicio de la autonomía de la persona, porque las familias suelen manejarse de esta manera, y hasta en muchas hay violencia, entonces esa situación queda absolutamente invisibilizada y todo va surgiendo como propone el profesional a cargo, que de esa forma no está cumpliendo con los estándares específicos que tienen que ver con la atención especializada, con la intimidad... con un montón de cuestiones, ¿no?

MJC: –Claro, y acá estamos hablando de un cardiólogo. Me imaginaba quizá en otro Servicio, donde la privacidad debe ser más cuidada. Cómo sería la figura paterna entrando... a una consulta ginecológica, por ejemplo.

CB: –Exacto. O pensá si es una entrega de análisis, y la persona se hizo el análisis de HIV. ¿Por qué se tiene que enterar la familia? Primero es importante saber si esa persona tiene ganas de compartirlo.

MJC: –¿Creés que las barreras varían según la representación que se tenga de la persona?

CB: –Las barreras actitudinales son las más fuertes porque son las que menos están visibilizadas. En líneas generales, la población está hablando de... “bueno, qué horror que en los hospitales no haya ascensores para ir a determinados servicios, que no haya rampas, que no existan las posibilidades de tener un lugar más grande para posibilitar ingresar a una persona con silla de ruedas”. Tal vez estas son las barreras más fáciles de trabajar, porque son las más visibilizadas. Yo las suelo comparar con los contenidos de ESI, ¿no? Es mucho más fácil trabajar el eje de valorar la afectividad, que poder trabajar las cuestiones vinculadas con las interrupciones legales del embarazo u otros tipos de contenidos donde, en realidad, hay un montón de cuestiones que están ahí silenciadas y no se tocan. Por eso hablaba de las actitudinales en ese sentido, que de alguna manera están como censuradas, para visibilizarlas en algunos espacios. Y recién ahora estamos hablando de todas estas temáticas. Cuando digo ahora digo desde hace diez años en adelante, no ahora en 2020.

MJC: –¿Lo ves en relación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad?

CB: –Sí, la Convención me ayuda mucho. La verdad que es una herramienta que si bien, como decimos siempre, no crea derechos porque los derechos son universales, ayuda muchísimo a la hora de empezar a pensar cómo implementar este ejercicio de derechos. Y me parece que podemos hablar de “sistemas de apoyo” o de “ajustes razonables”, conceptos que están en la Convención; o de “accesibilidad”... Ayuda mucho porque uno tiene otro paraguas desde donde trabajar estas

temáticas, tanto con las personas con discapacidad a nivel de pares, por ejemplo desde REDI, como cuando hacemos formaciones laborales o capacitaciones a nivel universitario, formal o no formal.

Axel Levin: –Frente a distintos problemas de accesibilidad en diferentes Servicios, ¿qué camino se suele hacer para sortear esas barreras? ¿Hay mecanismos para garantizar los tratamientos?

CB: –Yo, para poder hablar de esto, suelo contar el trayecto que hacemos las personas para llegar a un Servicio. Es decir, comentar todo el recorrido empezando por cómo podemos adquirir un turno. Muchas veces sucede que son turnos que se tienen que pedir online y a veces las plataformas de algunos sistemas de salud, sanatorios u obras sociales, no son del todo accesibles. No son amigables para cualquier persona y mucho menos para quienes manejamos lectores de pantalla, por ejemplo. Entonces ya ahí tenemos un obstáculo de dónde arrancar. Porque muchas veces, cuando empezamos a trabajar estas cuestiones, dicen: “Bueno, no sé si es tan importante acá, porque en este sistema, o en este lugar, no suele venir gente con discapacidad”. ¿Y por qué no suelen ir personas con discapacidad? ¿Cuáles son los canales de acceso a ese lugar de atención que utilizan para que se puedan otorgar turnos?

Después, cuando llegamos al consultorio, por supuesto están las barreras arquitectónicas: si son accesibles o no los diferentes ingresos, si cuenta con rampas, ascensores, si los consultorios son grandes o pequeños, si los mostradores donde tenemos que presentar documentación y firmar son altos o son bajos. Porque ahí se permite o no que puedan acceder en igualdad de condiciones tanto personas usuarias de sillas de ruedas como personas de baja talla.

Después, cómo nos llaman al consultorio. A veces nos encontramos que te llaman oralmente y las personas sordas no pueden darse cuenta de cuándo las están llamando. O al revés, te llaman por una pantallita y las personas ciegas no sabemos cuándo nos están nombrando para acudir al consultorio.

Una vez que estamos en el consultorio, aparecen estas barreras físicas y actitudinales que hablábamos antes, pero también las comunicacionales, esto de cómo es el lenguaje que opera ahí dentro del consultorio del profesional de la salud. ¿Es un lenguaje llano, es un lenguaje elevado...? Esto no solo pasa con las personas con discapacidad, muchas veces ocurre cuando hay que hacer consultas muy complejas, y las personas están nerviosas y piden ir acompañadas naturalmente, tengan o no discapacidad, porque tenemos esa sensación de que no entendemos nada de lo que nos dicen. Un poco por el mundo emocional de cada uno en ese momento, pero un poco porque se suele usar un lenguaje muy elevado. Esta práctica la tenemos que cambiar para toda la población, pero específicamente también para personas con discapacidad intelectual o personas con discapacidad psico-social, que están muy medicadas. Para que puedan alcanzar un conocimiento sobre qué es lo que les está indicando ese profesional, cuáles son las indicaciones... Ni hablar de lo que son los consentimientos libres e informados. Ahí hay todo un trabajo por hacer. Y de hecho, desde el proyecto DeSeAr¹ lo estamos trabajando. Sé que “Lengua Franca”² también lo está trabajando, y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Con lo cual ahí hay mucho para hacer, porque las barreras comunicacionales son muy fuertes.

1. Proyecto DeSeAr (Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina) con inclusión es una iniciativa de FUSA (Asociación civil para la Salud Integral de los Adolescentes), la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) y ONU Mujeres para promover los derechos de las mujeres con discapacidad. Fuente: <https://grupofusa.org/recursos/proyecto-desear/>

2. La Asociación Civil Lengua Franca trabaja por el derecho a la comunicación, producen y adaptan textos informativos, educativos y literarios en Lectura Fácil (LF). Fuente: <https://lenguafanca.org/>



Flyer Promocional del "Proyecto DeSeAr
(Derechos Sexuales en Argentina) con inclusión"

Descripción de imagen: Flyer del proyecto. Logo: cintas de color violeta, naranja y verde que forman la figura del territorio Argentino. Abajo la sigla DeSeAr. Al costado reza: "Derechos sexuales y reproductivos en Argentina con inclusión. Una iniciativa para promover los derechos de las mujeres con discapacidad".

MJC: –Sí, más allá de las barreras, también la oferta de servicios que tal vez se pueda brindar. Pensaba que la mayoría de los servicios que estamos nombrando son asistenciales y no de lo preventivo-promocional de la salud.

CB: –Tal cual, eso tiene que ver con trabajar estas temáticas en la formación. Empezar a pensar las diferentes actividades de promoción de la salud desde el diseño universal. Tener en cuenta la posibilidad de que estén personas con discapacidad como demandantes de esos servicios. E incluso también pensarlo desde el lado de que puede haber profesionales con discapacidad que lleven adelante la actividad.

Por eso digo que cuando entra una persona con discapacidad a un equipo, se hace todo un ajuste, y está bueno que así sea. Pero también, a veces, me pongo a pensar, ¿por qué es necesario que ingrese una persona con discapacidad a un equipo de trabajo para que empecemos a pensar en cómo organizar la estructura del lugar? ¿Cómo organizar el diseño de las actividades? ¿Cómo pensar los materiales? En realidad todo debería partir de un diseño universal. Porque hacer otra cosa es como un parche...

AL: –Te quería preguntar algo que vengo pensando, que se relaciona con el tema que investigo, sobre la elaboración desde el diseño universal y el certificado de discapacidad. Es decir, partiendo de que los derechos son universales, pensar el rol del certificado de discapacidad como una política diferencial, al mismo tiempo que una manera de hacer cumplir derechos. ¿Qué opinión tenés sobre el lugar del certificado de discapacidad y sus funciones?

CB: –Mientras que no haya una política pública basada en la diversidad, y con una estructura en la que se garanticen los derechos universales, me parece que es una forma que tenemos las personas con discapacidad de poder acceder a ciertos derechos.

De hecho, por ejemplo, una persona con discapacidad que no tiene Certificado Único de Discapacidad (CUD) y necesita un número mayor de prestaciones,

con relación a lo que necesita en general la mayoría de la población, si no tiene ese certificado no puede acceder. El certificado lo que te garantiza es recibir las prestaciones que vos necesitás independientemente de un número que se pone anualmente, entre otras muchas variables. Pero para ejemplificar la importancia de este documento público, no solo le sirve a la persona con discapacidad para acreditar su acceso a derechos, sino que le debería servir a los Estados para pensar políticas públicas. Para quién van a estar destinadas, para qué porcentaje de población... Y también para empezar a hacer estadísticas, ¿no? Así sabemos para quién estamos haciendo políticas públicas.

MJC: –Sí, se entiende que el certificado puede ser visto como acceso o puerta a los derechos, pero pensaba a qué derechos se accede. Si redundan sobre una nueva mirada medicalizada o sobre una mirada en la salud integral.

CB: Y... esto es complejo. Porque por ejemplo la Junta médica (se ríe), fíjense que le llamamos la Junta médica, es quien decide si te dan un certificado, donde dice si querés viajar o no con acompañante, cuando en realidad debería ser para todes con acompañante y la persona con discapacidad elegir si ejercer ese derecho o no, si lo necesita o no lo necesita. Por eso esta mirada médica, esta mirada del modelo médico donde deciden las prestaciones a las que habilita ese certificado, se sigue sosteniendo.

AL: –Yo me quedé ahí con esto que decías al principio, de “mientras se necesite”. Si uno lo piensa desde el diseño universal, no debería ser necesario un certificado para acceder a ciertas prestaciones del sistema de salud.

CB: –Sí... lo mismo ocurre con el cupo laboral. O sea, ¿es necesario? Todavía es necesario porque el mercado laboral formal es muy expulsivo, con lo cual en realidad, por eso, tenemos desempleada el 80% de la población con discapacidad en edad productiva.

AL: –Claro, se necesita en este contexto.

MJC: –Pensaba en esto que vos nombrás de las trayectorias que son diferenciales. Cuando vos llegaste a la gestión, a un programa central, ¿qué pudiste ver respecto de la gestión de la accesibilidad?

CB: –Yo llegué en un marco donde primero pensé que no habían hecho nada con relación a discapacidad. Después empecé a pensar que sí habían hecho un recorrido, lo cual fue interesante porque a veces uno piensa que es una cuestión esporádica o porque no responde a una secuencia o porque se interviene en un caso puntual, no se está haciendo nada. Tal vez la diferencia es pensar en gestionar con perspectiva de discapacidad de forma sistemática, ahí es donde se va a dar la clave de la diferencia. Suele suceder eso de que muchas veces tiene que incorporarse al equipo una persona con discapacidad para que esa política pública tenga una perspectiva de discapacidad. Incluso también tiene que darse que las personas con discapacidad que están en lugares de decisiones, en general se ocupan de temáticas de discapacidad y no están en lugares de decisiones más transversales.

AL: –Como una especie de especialidad...

CB: –Después podemos decir que algunas personas, en realidad, no se sentían personas con discapacidad ni lo decían abiertamente... pero bueno, quedamos ahí en puntos suspensivos.

MJC: –¿Cómo ves la relación de las asociaciones de personas con discapacidad con el sistema de salud?

CB: –A partir de la Convención, donde la misma dice que se debe consultar a la hora de hacer política pública a las organizaciones de personas con discapacidad, esto se está haciendo de a poco, muy de a poquito... Porque, bueno, en la mayoría

de las estructuras lo que solía suceder es que se consultaba a los prestadores, es decir, a organizaciones que brindan servicios para personas con discapacidad. A partir de este lema de “nada de nosotros sin nosotros”, el Artículo 4, Inciso 3, de la Convención, a partir del Artículo 33 sobre el monitoreo y de algunos otros mecanismos, aparece un poco más fuertemente en las prácticas el poder incorporar la mirada de las organizaciones en las políticas públicas. Pero muy muy de a poquito.

MJC: –En este contexto particular de la pandemia, de aislamiento social obligatorio, ¿vos crees que generó más problemas de accesibilidad al sistema de salud o puso en evidencia los problemas existentes?

CB: –Creo que sí, que puso los problemas existentes de forma muy fuerte y tajante. De hecho, en realidad toda la población está teniendo problemas para ingresar al Sistema de Salud. Y creo entender que va a haber una pospandemia que se nos avecina, un momento donde todos hemos descuidado nuestra salud física y mental por no acceder a los consultorios. De hecho, conozco muchísimos casos... y yo misma tengo postergado el chequeo anual y semestrales para no pasar por esta situación, porque en líneas generales el sistema está desbordado y es expulsivo. En tanto no tenga que ver con lo que es el coronavirus específicamente, hoy por hoy, exceptuando algunos lugares de atención, es muy difícil. De boca en boca uno dice “andá acá que está atendiendo tal otorrino”, por ejemplo, esas cuestiones que uno termina resolviendo mediante las vías no formales.

MJC: –Lo que se suele llamar redes artesanales. Si tuvieras que calificar el acceso al sistema de salud de las personas con discapacidad, ¿cómo lo harías? Yo trabajo hace diez años en el Sistema de Salud y no creo haber visto esta problematización.

CB: –Es interesante pensar que no tenemos registro de cuánto las personas con discapacidad hacen uso del sistema de salud público, porque en realidad esa variante no está en ninguna estadística. A nosotres nos ha pasado de estar ejecutando el Proyecto DeSeAr y decir: “vamos a trabajar esta variante”; le decís a una clínica “vamos a trabajar con estas variables”, y te dicen: “pero bueno, no sé, es interesante pero acá no vienen muchas personas con discapacidad”. Le decimos: “bueno, vamos a proponerte algo...”. Esto lo hace FUSA, que trabaja con los centros de salud. Ellos hacen esa pata, y dijeron: “te proponemos empezar a contabilizar cuántas personas con discapacidad vienen al centro de salud a ver qué está pasando...”. Después de implementarlo, se dieron cuenta de que pasaba al menos una persona con discapacidad al día. No es mucho ni poco, es... no sé (se ríe).

AL: –Claro, queda invisibilizado.

CB: –Sí uno no lleva esa temática, sigue invisibilizado.

MJC: –Con respecto a este proyecto que vos nombraste, DeSeAr, entiendo que fue más a nivel nacional y con mujeres con discapacidad. Al ser federal ha permitido ver cómo es el acceso al sistema de salud sexual según las zonas.

CB: –El proyecto tiene tres patas. Nosotres desde REDI tuvimos la pata de trabajar con las mujeres con discapacidad de las diversas regiones y sí, es muy diferente. Por supuesto tiene que ver con las cuestiones referidas al sistema de salud y también con las barreras actitudinales. En el NOA se cree más fuertemente que acá [Buenos Aires, CABA], Rosario, Córdoba, que las mujeres con discapacidad son asexuadas, que no tienen derecho a decidir sobre su vida, etcétera. Por supuesto que el acceso a la salud es a veces el acceso a una salud restringida. No les cuentan los procedimientos e incluso no les hacen preguntas de rutina porque se cree que no realizan su sexualidad de forma activa. Incluso hasta las cuestiones reivindicativas son muy diferentes. En las regiones de Rosario y Córdoba, que son mucho más combativas, recién se pusieron al hombro la campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. En otras regiones esto ni apareció.

MJC: –Claro, tiene que ver más con el entramado social de cada región.

CB: –Exacto, de cada región. Pensemos que el entramado social hace lo suyo y es otro factor que va determinando las direcciones, que va tomando el acceso o no a la salud, sobre todo la salud sexual. Se habla mucho sobre la falta de acceso a los métodos anticonceptivos en el NOA. Hoy por hoy, tenemos compañeras que están comprando de sus bolsillos métodos porque no hay distribución en el NOA, así que es muy complejo.

MJC: –Me quedó esta idea de las barreras actitudinales. Que si bien no hay que jerarquizarlas como decías, este tipo de barreras habla más de la naturalización o no de cierta idea de la discapacidad. Y, tal vez, es más del plano de una pelea sociocultural.

CB: –Me parece que el sistema de salud igual debe tomar esta barrera en su interior, porque de nada serviría tener lo comunicacional o lo físico resuelto, si nada de esto está garantizado.

MJC: –Pensaba el sistema de salud como una expresión más de la organización social.

CB: –Absolutamente. Hay que trabajar esto de que cuando uno empieza a implementar medidas que favorecen al colectivo de personas con discapacidad, también eso puede ser utilizado por el resto de la población. Porque las camillas ginecológicas accesibles son indispensables para las personas usuarias de sillas de ruedas y para las personas con baja talla, pero también para las personas mayores de edad, o para las personas que tienen sobrepeso. Es decir, las pueden utilizar todas las personas. No es que uno va a comprar este tipo de camilla solo para cuando se atiende a una persona con discapacidad motriz. Se trata de pensar con otra cabeza la salud.

AL: –Esto que decías de pensar la salud desde lo universal.

CB: –Lo mismo que el consentimiento informado, que debería ser en un lenguaje claro para todos. Me contaban desde Coordinación SIDA, que cuando llevaba estas propuestas a las escuelas o las organizaciones donde tal vez son como mucho más reacias a trabajar estas temáticas, no les permitían hacer este trabajo. Entonces también hay que acompañar todo un proceso social en el cual lo que tenemos que hacer es ir para adelante. Siempre trabajar desde el diseño universal y pensar que todos los recursos son para todas las personas y tratar de no ser irruptivos, sino acompañar...

Lo mismo ocurre con todo lo que es de educación, se hizo un trabajo muy fuerte en Educación Sexual Integral (ESI) en la provincia de Formosa. Hubo mucho miedo de trabajar estas temáticas, hubo que acompañar todo un proceso social, el cual no está cerrado, para que empiece ingresar la ESI en la Provincia. Y fue una de las provincias en las que se pudo trabajar en todo el territorio provincial. Hubo mucho trabajo visibilizando las temáticas, se puede trabajar. Lo que pasa es que hay que hacer un trabajo sostenido con propuestas concretas y que esto no dependa de voluntades personales. Mucho menos si se cuenta, o no, con la presencia de una persona con discapacidad.

MJC: –Entiendo que te referís al concepto de accesibilidad universal. ¿Cómo lo definirías vos?

CB: –El diseño universal es la posibilidad de diseñar una política pública, en este caso de salud, que puede ser utilizada por y para toda la población.

MJC y AL: –¡Carolina, te agradecemos este espacio que nos brindaste!

María José Campero

Profesora en Ciencias Antropológicas (FFyL, UBA). Profesional de planta Cesac 5- Hospital F. Santojanni. Especialidad en Educación para la Salud y Gerontología. Maestranda en Salud Pública-UNER. Integrante del Programa de Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE, FFyL, UBA).

Axel Levin

Licenciado y Profesor en Ciencias Antropológicas (FFyL, UBA) y Técnico Superior en Tiempo Libre y Recreación (ISTLyR). Maestrando y doctorando en Ciencias Antropológicas (FFyL, UBA). Becario doctoral del CONICET (IICSAL/FLACSO) e integrante del Programa de Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE, FFyL, UBA). Contacto: axellevin4@gmail.com

Carolina Buceta

Lic. en Psicología. Militante en REDI (Red por los Derechos de las personas con Discapacidad). Trabaja en el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad. Brinda talleres sobre inclusión, especialmente sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en mujeres con discapacidad. Contacto: cvbuceta@yahoo.com.ar