

PROGRAMA SUMAR

BIRF AR-8853

Plan para Grupos Vulnerables

Introducción

A partir de la exitosa implementación del Programa SUMAR el Gobierno Nacional decidió profundizar y ampliar su modelo de gestión y financiamiento a fin de garantizar el acceso oportuno de la población a servicios de salud priorizados, de calidad, integrados y orientados a partir de un enfoque de atención primaria de la salud. En función de ello, se acordó el financiamiento adicional y extensión del plazo del Proyecto de Apoyo a la Cobertura Universal de Salud Efectiva (Préstamo BIRF 8853-AR) - Programa SUMAR. Asimismo, otra de sus finalidades es contribuir a avanzar en la generación de información sanitaria nominalizada en tiempo real, fortaleciendo la interoperabilidad y la conectividad necesarias para permitir el monitoreo de la cobertura de la población, la calidad de los servicios de salud esenciales prestados y la protección financiera de la población elegible.

El PROYECTO SUMAR (BIRF 8853/AR) tiene como objetivos generales, incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud priorizados para toda la población con cobertura pública exclusiva, y fortalecer la Secretaría de Gobierno de Salud, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, y los Ministerios de Salud Provinciales para la implementación de mecanismos que logren un sistema de salud integrado, el cual involucre a diferentes actores claves en el financiamiento y provisión de servicios de salud, en el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud.

En respuesta a la declaración de la Emergencia Nacional por la pandemia COVID-19 y el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), decretado por el gobierno nacional el día 19 de marzo de 2020¹, el Programa comenzó a diseñar e implementar un Plan de Apoyo que ha tenido entre sus principales acciones:

- a) la actualización del valor de la cápita (base y equidad) con el objetivo de aumentar las transferencias a las jurisdicciones;
- b) la incorporación de prestaciones ambulatorias que integran el circuito de prevención y atención en sospecha y diagnóstico positivo por COVID-19 al Plan de Servicios de Salud (PSS) general;
- c) la adaptación del Plan de Servicios de Salud (PSS) en el marco de la pandemia, con incorporación de prestaciones de telesalud y consultas domiciliarias para el primer nivel de atención; y
- d) la incorporación de prestaciones de internación hospitalaria relacionadas al COVID-19 al PSS de Alta Complejidad, entre otras.

A partir de la implementación del nuevo préstamo y en el marco de la coyuntura actual de la emergencia sanitaria por el COVID-19, surge la necesidad de universalizar la cobertura poblacional

¹ Decreto Nacional 279/2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)

del Programa incorporando en la población objetivo a los adultos mayores de 65 años con cobertura pública exclusiva, que se materializa en la reestructuración del Proyecto.

Asimismo, durante la preparación del Financiamiento Adicional del Proyecto se definió desarrollar un enfoque específico para los grupos vulnerables. De este modo se realizarán acciones tendientes a relevar los problemas de acceso a los prestadores de servicios de salud bajo el programa, a generar un proceso de participación y consultas significativas de las partes involucradas, el desarrollo conjunto con las partes involucradas de materiales de comunicación destinado a los efectores de salud, así como capacitaciones para el RRHH de dichos efectores.

Desde el punto de vista social, se espera que el Proyecto no genere impactos negativos, ya que las acciones previstas a través de este préstamo se dirigirán al sistema público de salud nacional, que brinda atención a los sectores más vulnerables de la población. El Proyecto no implicará reasentamientos o adquisiciones de tierras y la implementación de las actividades tendrá en cuenta las consideraciones asociadas a la diversidad de poblaciones según sea necesario con la finalidad de potenciar los impactos positivos.

El presente documento es una actualización del Marco de Gestión Ambiental y Social y es complementario al Marco de Gestión Ambiental (MGA) y al Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MPPI). Este Plan para Grupos Vulnerables permitirá que el Proyecto continúe el cumplimiento de los requisitos establecidos por las Salvaguardas Ambientales y Sociales del Banco Mundial, incorporando instrumentos y herramientas específicos de gestión ambiental y social del Marco Ambiental y Social (MAS), sin la superposición o duplicación de actividades contempladas en los Marcos vigentes (MPPI y MGA).

Asimismo, es un documento que establece conceptos, procedimientos, y guías para la gestión. Es un instrumento dinámico que requiere revisiones, readecuaciones y actualizaciones periódicas para potenciar los impactos positivos, y que garanticen la prevención y mitigación necesarias para minimizar los impactos negativos, tanto sobre el ambiente en general como en la salud de la población y de los trabajadores de los establecimientos de salud.

El documento ha sido elaborado en consulta permanente con los equipos técnicos de la Dirección de Géneros y Diversidad, la Dirección de Personas Adultas y Mayores, el Área de Personas con Discapacidad de la Secretaría de Calidad en Salud, y la Dirección Nacional de Pluralismo e Interculturalidad de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Para la etapa de implementación se incluye un Plan de Consulta a Interesados, con el fin de incorporar, a través de espacios de consulta y participación periódicos, la visión y los aportes de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la promoción del acceso a derechos de los distintos grupos identificados.

Descripción del programa

Objetivos del Proyecto

El **objetivo de desarrollo del Proyecto** es Incrementar la cobertura efectiva de servicios de salud, para la población con cobertura pública exclusiva, mediante el fortalecimiento de los Seguros Públicos de Salud Provinciales, del Ministerio de Salud Nacional, de los Ministerios Provinciales y la implementación de mecanismos de coordinación del financiamiento y prestación de los servicios de salud.

A fin de alcanzar el cumplimiento de los objetivos generales, los objetivos específicos del Proyecto son:

- Fortalecer los Seguros Públicos de Salud y contribuir a garantizar su sostenibilidad financiera;
- Fortalecer los mecanismos de pago por desempeño, incorporando estándares de calidad, cobertura y seguridad del paciente.
- Ampliar la cobertura efectiva de los servicios priorizados, en base a criterios de acceso oportuno, utilización y calidad de servicios, y asegurando la protección financiera a la población elegible.
- Mejorar la capacidad institucional de las provincias y establecimientos de salud, mediante el fortalecimiento de los procesos, equipamiento y la implementación de sistemas y herramientas de gestión;
- Institucionalizar mecanismos de priorización de prestaciones explícito, sistemático y sensible a las necesidades de las diversas poblaciones del país.
- Incrementar el acceso de la población objetivo a una cobertura de salud integral y de calidad.

Componentes del Proyecto

Las actividades se han agrupado en los siguientes tres componentes:

- **Componente 1:** Apoyo al fortalecimiento de la Cobertura Efectiva de Salud Pública.
 - *Subcomponente 1.1 Pagos por capitación para Servicios Generales de Salud.*
 - *Subcomponente 1.2 Pagos por capitación para la provisión de intervenciones seleccionadas de Enfermedades de Alta Complejidad*
- **Componente 2:** Fortalecimiento Institucional de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales.
 - *Subcomponente 2.1. Instrumentos para apoyar una mayor coordinación y establecer un modelo de atención integrado.*
 - *Sub componente 2.2. Mejora en la capacidad de provisión de servicios de Salud de los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales.*
- **Componente 3:** Administración, Monitoreo y Evaluación.

Contexto social e institucional

Descripción de individuos o grupos menos favorecidos cubiertos por el programa

En relación a los individuos o grupos menos favorecidos, es de particular interés evaluar si los impactos negativos del Proyecto afectan de manera desproporcionada. En este sentido, las acciones planificadas por el programa SUMAR no presentan efectos negativos desde el punto de vista social que deban ser mitigados. Más allá de esto, la mayoría de los individuos de los grupos menos favorecidos encuentran dificultades al momento de acceder a los servicios de salud y a una atención de calidad, adecuada tanto a las características culturales, sociales, económicas e incluso etarias.

En función de esto, se describen a continuación los individuos o grupos menos favorecidos, las características sociosanitarias, las acciones previstas para superar las barreras de acceso y las características del proceso de consulta con las organizaciones y grupos identificados.

Pueblos Indígenas

En cumplimiento con la Política Operacional 4.10 del Banco Mundial, el Ministerio de Salud de la Nación viene desarrollando acciones para promover el acceso a la salud para Pueblos Indígenas de una forma culturalmente adecuada desde 2007. Tanto las características demográficas, el perfil de salud de la población, las acciones específicas planificadas para esta población, el proceso de consulta, los mecanismos de difusión, así como los mecanismos destinados a recibir quejas y reclamos, se encuentran especificados en el MPPI (Marco de Planificación para Pueblos Indígenas) que forma parte de los documentos del Proyecto.

Afrodescendientes

Como se mencionó más arriba, las poblaciones afrodescendientes han sido históricamente invisibilizadas. En el imaginario argentino, todavía subsiste la idea de que somos un país que no ha tenido esclavitud, que las poblaciones afrodescendientes desaparecieron durante las batallas revolucionarias o en guerras como la de la triple alianza.

En realidad, se trata de un colectivo que llegó a nuestro país en el inicio mismo de la conquista española y que permaneció aquí de manera ininterrumpida, aunque la dinámica histórica de la presencia afro reconoce diferentes momentos:

La trata esclavista. Se produjo entre los siglos XVI y XIX. Las principales víctimas fueron los y las habitantes de África Occidental que provenían principalmente de Angola y Congo. El historiador nigeriano Uya Okon² ha efectuado una estadística poblacional en la que considera que doce millones

² UYA, Okon, "Estudios afroamericanos: perspectivas, métodos e implicancias", en I Congreso Argentino de Americanistas, V Centenario del Descubrimiento de América, Tomo I, Buenos Aires, Liga Naval Argentina, 1994, págs.24-39.

de africanos desembarcaron en todo el continente americano. En el período colonial, el primer censo realizado en el año 1778 registró cifras muy altas de población afro³. En la actualidad existen familias con varias generaciones en nuestro país, descendientes de aquellas personas que fueron esclavizadas.

La migración caboverdiana. Desde fines del siglo XIX y hasta mediados del siglo XX, se produjo la migración desde Cabo Verde. La llegada de esta comunidad no fue forzada, a diferencia de las personas en situación de esclavitud, y fue consecuencia de las condiciones de la falta de desarrollo humano. De acuerdo con el censo de 1980, en Argentina se registraban ocho mil habitantes -entre mujeres y varones-, procedentes de Cabo Verde. Actualmente suman alrededor de veinte mil personas. Esta comunidad se situó principalmente en la Provincia de Buenos Aires. Trabajaron en el ámbito marítimo debido a que eran expertos marineros y pescadores. Fue la primera comunidad de africanos que se organizó en el país. Desarrollaron de forma temprana una intensa vida asociativa conformando la Asociación Cultural y Deportiva Caboverdiana de Ensenada (1927) y la Sociedad de Socorros Mutuos Unión Caboverdiana de Dock Sud, fundada en 1932 ambas consideradas las más antiguas de esta diáspora a nivel mundial. Con el transcurso del tiempo, se conformaron dos organizaciones más: el Círculo de Descendientes de Caboverdianos de Mar del Plata (1992) y la Asociación Amigos de las Islas de Cabo Verde (1994), ubicada en el partido de Avellaneda.

Las migraciones africanas. Esta corriente migratoria, proveniente de países como Senegal, Nigeria, Mali, Sierra Leona, Liberia, Ghana, Congo, comenzó a fines del siglo XX, más precisamente en la década del '90, y continúa hasta la actualidad. Desde hace unos años, se observa una migración por motivos económicos y políticos de países de nuestra región y de otros de América Central y el Caribe. En el caso de los países africanos, también obedece a cuestiones económicas, sociales y culturales.

El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en octubre del año 2010 incorporó una pregunta destinada a registrar a la población afrodescendiente. Por las características de su alcance nacional y el criterio de autopercepción empleado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), es posible afirmar que la inclusión de la variable afrodescendencia en el censo del año 2010 representó un hito significativo en la historia de las reivindicaciones de las organizaciones afro. La pregunta estuvo destinada a captar tanto población afrodescendiente como de origen africano.

El censo arrojó un total de 149.493 personas que se autorreconocen como afrodescendientes⁴, lo cual representa un 0,4 % de la población total. La mayor concentración poblacional se ubica en el rango etario de 15 a 64 años, representando el 67,9 % del total. Esto significa que el grueso de la

3 El Censo de 1778 arrojó que el 46% de la población argentina tenía origen africano. https://www.cultura.gob.ar/el-origen-africano-de-la-argentina_6165/#:~:text=El%20Censo%20de%201778%20arroj%C3%B3,de%20los%20afrodescendientes%20en%20Argentina.

4 Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: censo del Bicentenario. Resultados Definitivos. Serie B Nro. 2, tomo 1 (1ª. ed), Buenos Aires, INDEC.

población afrodescendiente de Argentina se encuentra en edad de trabajar. Resulta significativo que casi la mitad de la población afrodescendiente (49,1 %) resida en la Provincia de Buenos Aires, siendo los 24 partidos del conurbano bonaerense la zona que concentra la mayor cantidad de todo el país (25,2 %). Si bien es necesario un estudio que analice de un modo riguroso la relación entre pobreza y afrodescendencia, es oportuno señalar que algunos de los partidos del conurbano bonaerense presentan elevados índices de necesidades básicas insatisfechas. En su conjunto, más del 70 % de los y las afrodescendientes se concentran en Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.

Provincia / jurisdicción	Estimaciones
Total del país	149.493
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	15.764
Catamarca	930
Chaco	2.739
Chubut	3.840
Córdoba	9.430
Corrientes	2.467
Entre Ríos	12.665
Formosa	2.141
Gran Buenos Aires	37.520
Interior de Buenos Aires	19.976
Jujuy	2.387
La Pampa	663
La Rioja	873
Mendoza	4.786
Misiones	3.716
Neuquén	2.096
Río Negro	2.911
Salta	4.189
San Juan	1.870
San Luis	1.259
Santa Cruz	1.222
Santa Fe	9.591
Santiago del Estero	2.535
Tierra del Fuego	661
Tucumán	3.262

Fuente: INDEC, CENSO 2010

Según los datos relevados por el censo, más del 90 % de la población afrodescendiente nació en Argentina, mientras que un 8 % declaró haber nacido en otro país. Otro dato significativo que arrojó el censo está dado por la tasa de analfabetismo de la población afrodescendiente (1,4 %), que es sensiblemente inferior a la media nacional (1,9 %).

Cantidad de Afrodescendientes por tipo de cobertura de salud						
Cobertura de salud	Obra social (incluye PAMI)	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas o planes estatales de salud	No tiene obra social, prepaga o plan estatal	Total
Afrodescendientes.	69.355	15.532	7.706	2.892	54.008	149.493

Fuente: INDEC - CENSO NACIONAL DE POBLACION, HOGARES Y VIVIENDAS 2010 – Cuestionario Ampliado. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE⁵

En relación a la cobertura de salud, del total de las 149.493 personas que se identifican como afrodescendientes, 54.008 (36,2 %) no poseen obra social o prepaga, siendo esta la población objetivo del programa.

En cuanto a las barreras de acceso al sistema de salud que esta población enfrenta, las organizaciones⁶ han resaltado el rol que juega el racismo institucional. Su dinámica más extendida es identificable en el accionar de funcionarios/as, agentes y mediadores/as de bienes y servicios. En algunos casos, estas prácticas y discursos pueden llegar a formas verbales descalificantes y prejuiciosas, e incluso a la violencia física. No obstante, sus manifestaciones cotidianas más habituales pueden pasar desapercibidas: gestos, engaños, respuestas evasivas para evitar el contacto físico. En este contexto, las instituciones públicas se ubican en el primer orden del racismo institucional, ya que interactúan directamente con la población afrodescendiente: los sistemas escolares y los de salud cuentan con un registro notable de situaciones concretas de racismo institucional⁷.

Población LGBTI+⁸

A pesar de los avances normativos referidos al reconocimiento de derechos a las personas LGBTI+, subsisten patrones socio culturales discriminatorios asociados a la orientación sexual e identidad de género. Perduran representaciones y valoraciones diferenciales sobre lo femenino y lo masculino, supuestos acerca lo que deben ser los hombres y las mujeres, definidos como tales partir de su genitalidad.

Las expectativas sociales que se construyen en torno a la diferencia sexual motivan, en muchas oportunidades, situaciones de discriminación, maltrato o violencia hacia las personas que no se ajustan a ellas.

Las prácticas de los equipos de salud responden, en muchas oportunidades, explícita o implícitamente, a estereotipos de género. Diferentes estudios dan cuenta de situaciones de discriminación y violencia sufridas por esta población en centros de salud y hospitales, ejercidas principalmente por integrantes de equipos de salud. La presunción de heterosexualidad en la

⁵https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010A&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.105383043.1602458918.1604691732-2104217695.1604691732

⁶ Entre las organizaciones que más enfáticamente han denunciado el racismo institucional, encontramos al IARPIDI, la Asociación África y su Diáspora, la DIAFAR y más recientemente la Agrupación Xangô de acuerdo a “Argentina también es Afro”, INADI 2017

⁷ INADI 2017

⁸ Extraído de “ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS Y NO BINARIAS. Guía para equipos de salud” Dirección de Géneros y Diversidad, Ministerio de Salud de la Nación 2020.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

atención, la patologización de las identidades trans y prácticas discriminatorias en los ámbitos sanitarios constituyen y refuerzan barreras de acceso a la salud para las personas LGBT. Como consecuencia se genera una brecha alarmante entre su situación de salud, particularmente de las personas trans, respecto de la situación de salud de la población en general.

La salud (tanto individual como colectiva) se encuentra atravesada por complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos, políticos y sociales. En este sentido, para conocer la situación de salud de la población trans y travesti, es necesario dar cuenta de su situación en relación a la vivienda, el empleo y la educación.

Una de las dificultades más frecuentes con la que se enfrentan las personas trans y travestis está vinculada a la permanencia y egreso del sistema educativo. Según La Revolución de las Mariposas⁹ casi el 60% de las encuestadas no terminó dichos estudios. Este porcentaje duplica al de la población cis que no logró terminar el secundario (solo el 29% de la población mayor de 25 años de CABA no logró finalizarlo). En el caso de los varones trans encuestados en dicho estudio, el 27% no finalizó el nivel educativo secundario. Esta mejor situación respecto de las mujeres trans y travestis puede vincularse con la expresión social más tardía del género auto- percibido por parte de los varones trans y con la expulsión del hogar a edades muy tempranas de las mujeres trans y travestis.

Otro aspecto importante vinculado a las trayectorias educativas descriptas es el del acceso al mercado laboral. Sólo el 9% de las mujeres trans y travestis encuestadas en La Revolución de las Mariposas refirieron tener un empleo formal, el 15% manifestó desarrollar tareas informales de carácter precario, el 4%, ser beneficiarias de planes sociales, mientras que para más del 70% la principal fuente de ingresos es el trabajo sexual o la prostitución. La situación laboral de los varones trans encuestados en La Revolución de las Mariposas es algo más ventajosa. El 85% dijo contar con un trabajo: el 49% de carácter informal, mientras que el 36% de carácter formal.

Respecto de la vivienda, y según lo indicado en La Revolución de las Mariposas, seis de cada diez mujeres trans y travestis viven en condiciones de vivienda precarias. Distinta es la situación para los varones trans, donde se identifica una mayor proporción de quienes habitan en viviendas alquiladas o propias (ocho de cada diez) y un menor porcentaje de quienes viven en habitaciones de hotel, pensión o de casa particular.

⁹ La Revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio. Publicación del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2017.

https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf

Respecto a la **situación de salud** y acceso a la atención sanitaria, el primer dato que llama la atención es que el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años¹⁰, muy por debajo de la expectativa de vida de la población general, que en la Argentina es de 77 años¹¹.

Los datos recabados por La Revolución de las Mariposas en CABA indican que las mujeres trans y travestis fallecen, en promedio, a los 32 años. De acuerdo a este estudio, la principal causa de muerte es el VIH o enfermedades asociadas, como ser tuberculosis, neumonía o pulmonía (64%) y la segunda causa son los homicidios (15%). Otras causas mencionadas son: cirrosis, sobredosis, problemas derivados de las inyecciones de silicona y el suicidio.

Según el Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 36 (diciembre 2019), la prevalencia de VIH en mujeres trans es de un 34%, mientras que para personas jóvenes y adultas de la población general la prevalencia baja al 0,4%. En relación a la segunda causa de muerte mencionada, de acuerdo al informe del Observatorio Nacional de Crímenes de odio LGBT¹², durante el año 2018 se registraron 94 crímenes de odio¹³ contra personas trans y travestis.

Respecto del **acceso a la atención sanitaria**, el subsistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans. Casi la totalidad de los estudios mencionados indican que un gran porcentaje de esta población, entre el 70% y el 80%, no cuenta con obra social o prepaga, y se atiende mayoritariamente en hospitales o centros de salud públicos.

El 61% de las mujeres trans y travestis y el 51% de los varones trans encuestados para el estudio La Revolución de las Mariposas consideran que el acceso a la salud mejoró luego de la sanción de la Ley 26.743 de identidad de género. De acuerdo a este mismo estudio, los motivos de consulta en los servicios de salud de las mujeres trans y travestis encuestadas que controlan con regularidad su salud (87%) son: por estar realizando un tratamiento (46%), por chequeos preventivos (41%). Por otro lado, el 13% restante, acude al sistema de salud solo ante situaciones de urgencia médica. Del total de las personas que manifestaron acudir al médico por motivos de tratamiento, el 60% lo hace por VIH y el 20% por controles de tratamientos hormonales. Lo mismo ocurre para el caso de los varones trans. De los varones trans encuestados, el 76% refirió controlar de manera regular su salud, mientras que el 24% restante no lo hace. Dentro de quienes asisten al sistema de salud

10 “Condiciones de vida de la población trans, situación laboral e inserción al mercado formal de trabajo” Gonzalo Castro, 14º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Bs. As., 7-9 de Agosto 2019.

https://aset.org.ar/2019/ponencias/21_Castro.pdf

11 Esperanza de vida al nacer, 2015 – INDEC, en Indicadores básicos. Argentina 2018. Dirección de Estadísticas e Información Pública en Salud. DEIS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en:

<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf>

12 https://drive.google.com/file/d/1GcB59UQRM-I8ie9_wLcDbmX7W09MVFGA/view

13 El Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT define este tipo de crímenes como un “acto voluntario consiente, generalmente realizado con saña, que incluye violaciones del derecho a la dignidad, a la no discriminación, a la igualdad, a la integridad personal, a la libertad personal y a la vida. Esta agresión tiene la intención de causar daños graves o muerte a la víctima, basada en el rechazo, desprecio, odio y/o discriminación hacia un colectivo de personas históricamente vulnerado y/o discriminadas”.

regularmente (76%), se destacan como motivos de consulta los vinculados a tratamientos (82%), en su gran mayoría relacionados a la hormonización (90%)¹⁴.

Entre los varones trans encuestados no se mencionan consultas por motivos de prevención, lo que puede vincularse con las dificultades que encuentran para acceder a una atención de salud integral que reconozca su identidad de género y contemple su corporalidad y sexualidad. La atención integral a varones trans debe tener en cuenta las necesidades específicas de la persona que consulta. Esto implica poder ofrecer prácticas como la prevención de infecciones de transmisión sexual, la realización de PAP, la consejería y dispensa de métodos anticonceptivos, el acceso a interrupción legal del embarazo (ILE), entre otras prestaciones vinculadas a la salud sexual y la salud reproductiva.

Teniendo en cuenta que la Ley de Identidad de Género establece que el sistema de salud debe garantizar la atención integral de la salud de las personas trans, lo que incluye el acceso a diferentes técnicas de modificación corporal a quienes lo requieran, un dato importante a considerar es cuáles son las intervenciones más realizadas y en qué condiciones se practican, es decir, si se realizan en el contexto del sistema de salud y bajo seguimiento o por fuera de él (como ser la auto administración de hormonas o la inyección de aceites o siliconas líquidas).

Los estudios mencionados¹⁵ reflejan que la gran mayoría de las personas trans y travestis, entre el 60% y el 85%, han realizado modificaciones corporales. Los porcentajes más altos corresponden a los estudios realizados en CABA y provincia de Buenos Aires.

Todos los estudios consultados mencionan situaciones de discriminación y violencia sufridas por esta población en instituciones públicas, incluidos los establecimientos de salud. Como consecuencia, un alto porcentaje de personas dejan de concurrir al lugar de atención. Por ejemplo, en el Primer Relevamiento sobre condiciones de vida de la población trans/travesti de la provincia de Buenos Aires, el 40% de las personas entrevistadas mencionan que experimentaron situaciones de violencia en centros de salud y hospitales, ejercidas principalmente por integrantes de equipos de salud.

Garantizar el acceso a la atención de la salud de manera integral, en consonancia con los derechos consagrados en la Ley de Identidad de Género, implica transformar las prácticas, los protocolos y los procedimientos que organizan los procesos de atención-cuidado en el sistema de salud para que se orienten hacia formas más inclusivas y accesibles a la población trans, travesti y no binaria.

14 Si bien del análisis de los datos de las mujeres trans y travestis que controlan regularmente su salud podría pensarse que su acceso al sistema sanitario es alto, es necesario considerar el contexto en el que fueron recogidos los datos. La muestra del estudio La Revolución de las Mariposas es de carácter intencional, no probabilística, y fue construida mediante la técnica bola de nieve. Además, estuvo conformada por personas que residen en CABA y muchas se encuentran vinculadas a organizaciones sociales. Es decir, estos datos no pueden generalizarse y no son estadísticamente representativos.

15 "ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS Y NO BINARIAS. Guía para equipos de salud" (2020) y "La Revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio" (2017).

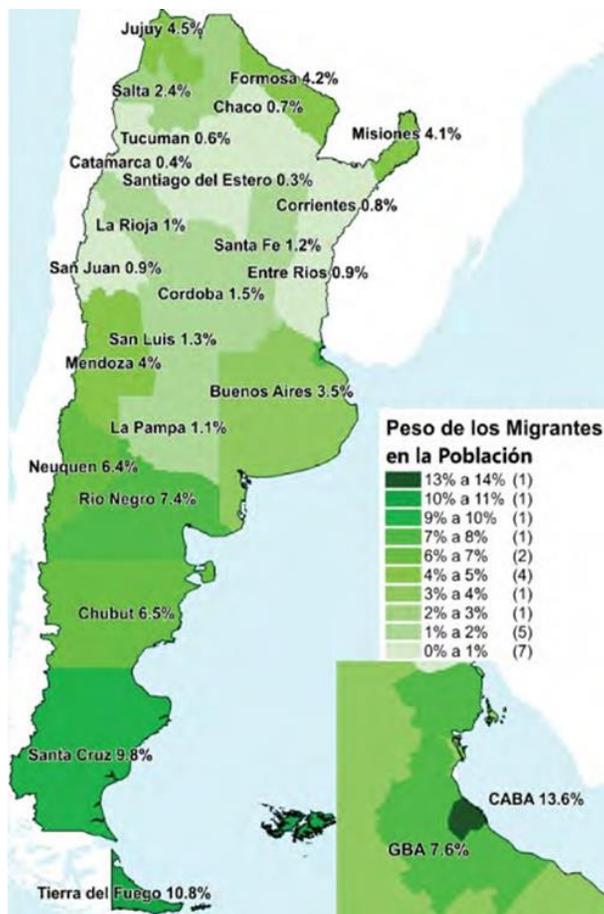
Población Migrante

Los movimientos migratorios hacia la República Argentina han sido una constante en su historia; desde la primera corriente a fines del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX hasta las más recientes provenientes de otros países de la región. El fenómeno de la migración remite al movimiento de población hacia otro territorio por una diversidad de razones, ya sean económicas, sociales, culturales o políticas.

La primera corriente migratoria, entre 1850 y 1930, se caracterizó por ser una inmigración masiva de personas provenientes de Europa. Sin embargo, la migración de países limítrofes y de la región se mantuvo en porcentajes estables desde muy temprano. A partir de 1930, la inmigración ultramarina descendió, a excepción del período posterior a la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, desde mediados del siglo XX, se mantuvo el constante flujo migratorio de países limítrofes, en particular de la República de Paraguay, del Estado Plurinacional de Bolivia y de la República Oriental del Uruguay, para luego extenderse a otros países de la región, sin llegar a igualar la gran migración de países europeos¹⁶.

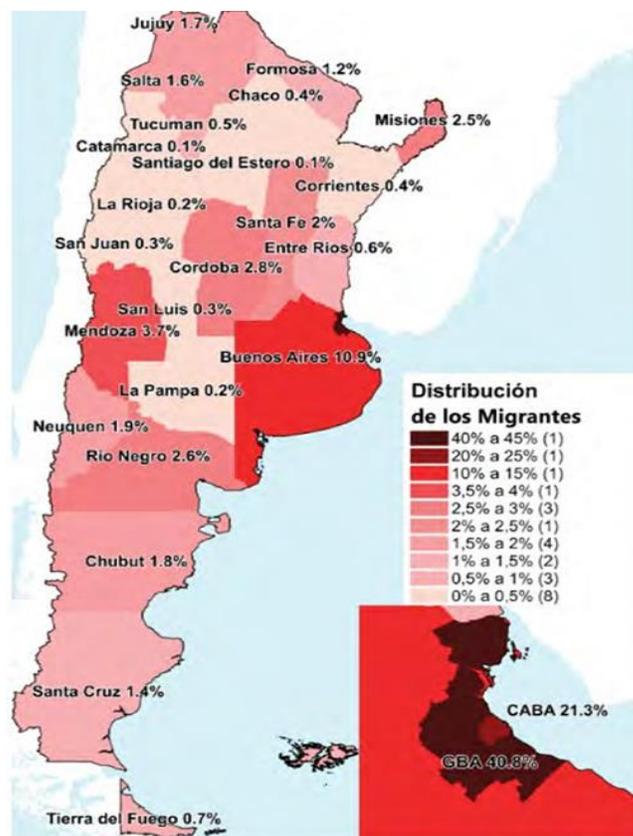
Según el último Censo Nacional del año 2010 (INDEC), en la República Argentina habitaban 1,8 millones de migrantes. El 54% de este universo eran mujeres, lo que da cuenta de una feminización de las migraciones. Las personas migrantes representaban, en 2010, un 4,5% de la población total. Este número esconde disparidades provinciales marcadas, ya que era superior en la Ciudad de Buenos Aires (13,2%), en la Provincia de Buenos Aires (6%) y en la Patagonia (Santa Cruz 9,5%, Tierra del Fuego 8,9%, Río Negro 7,4%, Neuquén 6,3% y Chubut 6,1%). En el otro extremo, había provincias donde este valor era menor al 1% (Santiago del Estero, Catamarca, Tucumán, Chaco, Corrientes, Entre Ríos y San Juan).

16 “Condiciones de vida de migrantes en la republica argentina. Caracterización de la población migrante para el seguimiento del ODS 1”. OIM, 2019



Porcentaje de migrantes en la población por provincia. Fuente: Censo 2010. Elaborado por OIM 2019

Por otra parte, según el CENSO 2010 las personas migrantes se ubican centralmente en áreas urbanas (95%), con una concentración de la población migrante en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (62%)



Distribución de los migrantes. Fuente: Censo 2010. Elaborado por OIM 2019

Por otra parte, según las estadísticas de Naciones Unidas¹⁷, en el año 2019 el porcentaje de población migrante en Argentina ascendía a 4,9%, en tanto en el conjunto de Sudamérica era del 1,9%. Comparativamente, la Argentina como país receptor presenta uno de los valores más alto de la región, luego de Surinam y Chile.

País	%	País	%
República Argentina	4,9	República Cooperativa de Guyana	2
Estado Plurinacional de Bolivia	1,4	República del Paraguay	2,3
República Federativa del Brasil	0,4	República del Perú	2,4
República de Chile	5,0	República de Surinam	7,9
República de Colombia	2,3	República Oriental del Uruguay	2,4
República del Ecuador	2,2	República Bolivariana de Venezuela	4,8

17 Citado en OIM 2019.

Las personas migrantes resultan un conjunto heterogéneo de población en función de su procedencia y de los años de residencia en el país. En 2010, el 81,5% de ellas provenían de otros países americanos, la gran mayoría de países limítrofes. En tanto que quienes habían nacido en el continente europeo representaban el 16,6%, con preeminencia de la comunidad italiana, seguida por la española.

Las migraciones recientes. En la actualidad, dado el paso de los años desde el último Censo y los flujos migratorios recientes, se espera que estas cifras varíen. Para contar con información de los últimos años, se recurrió a los datos sobre las radicaciones permanentes y temporarias otorgadas por la Dirección Nacional de Migraciones. Es decir, se consideró como referencia el número de trámites resueltos. Entre 2011 y 2018 se otorgaron 1.928.840 radicaciones.

Respecto a las radicaciones otorgadas entre 2011 y 2018, se destacan las concedidas a migrantes procedentes de la República del Paraguay y del Estado Plurinacional de Bolivia, a lo que se agrega la República Bolivariana de Venezuela en los últimos años. Más allá de las migraciones latinoamericanas, también llegan al país migrantes de África (en general provenientes de la República del Senegal), de Europa y de Asia.

La estructura porcentual por nacionalidad varía año a año, mostrando el crecimiento del peso de las radicaciones otorgadas a migrantes venezolanos/as que pasa de representar el 1% en 2011 al 32% en 2018 y la consecuente caída del peso de las otorgadas a paraguayos/as (de 44% a 21%), bolivianos/as (de 27% a 17%) y peruanos/as (de 15% a 7%).

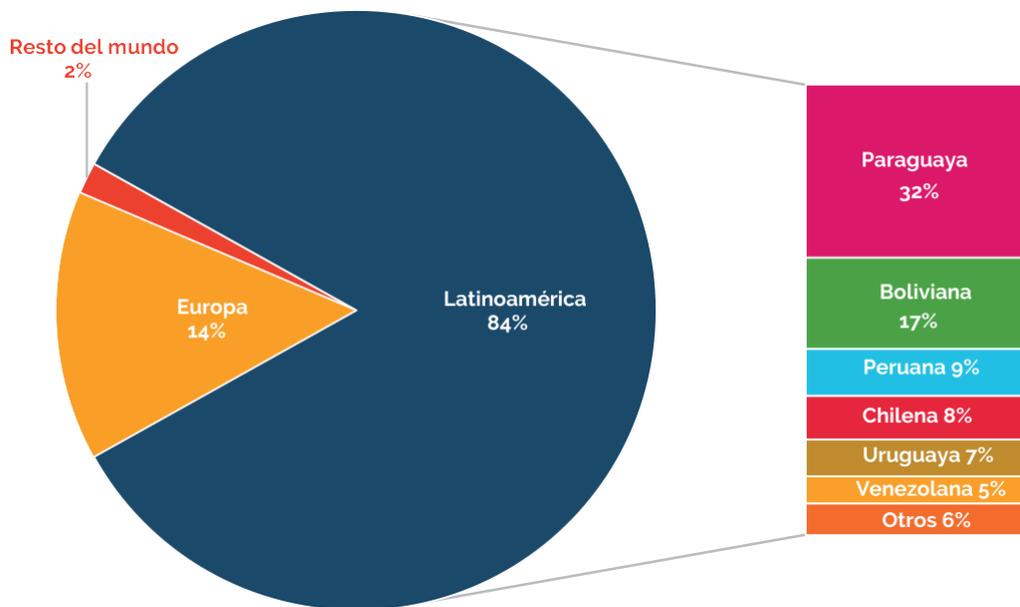
En los últimos tres años, más del 80% de las radicaciones se realizaron en la Provincia de Buenos Aires o en la Ciudad de Buenos Aires. Según datos de la Dirección de Estadísticas de la Ciudad de Buenos Aires¹⁸, el 40,5% de la población que comenzó a residir en la Ciudad entre 2014 y 2018 provenía de otros países y el 59% de la población extranjera arribó al país entre el año 2000 y 2018.

Para el año 2018, según la Encuesta Permanente de Hogares¹⁹ el 5,4% de la población urbana es migrante (es decir ligeramente más alta que la reportada el Censo 2010), por otra parte el 10,4% de los hogares cuenta con al menos un migrante entre sus miembros.

Según dicha fuente, el 84% de las personas migrantes nació en países latinoamericanos (casi el 50% nació en la República de Paraguay y el Estado Plurinacional de Bolivia) y el 14% en países europeos.

18 <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=82494>

19 https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-bases_EPH_tabulado_continua



Migrantes por nacionalidad 2018. Fuente: OIM 2019

Los datos censales muestran que los/as migrantes constituyen una población envejecida. Cuando se analiza el peso de niños, niñas y adolescentes en la población nacida en Argentina, se observa que representa un 26%, en tanto que ésta se reduce al 8% para el caso de la población nacida en el extranjero. A la vez, mientras una de cada diez personas nacidas en la Argentina es adulta mayor, entre migrantes este porcentaje se duplica.

Cabe destacar que la estructura etaria varía significativamente según el continente de procedencia, siendo el peso de los/as adultos/as mayores muy superior entre migrantes de origen europeo, en línea con su migración más temprana, alcanzando el 65% del total.

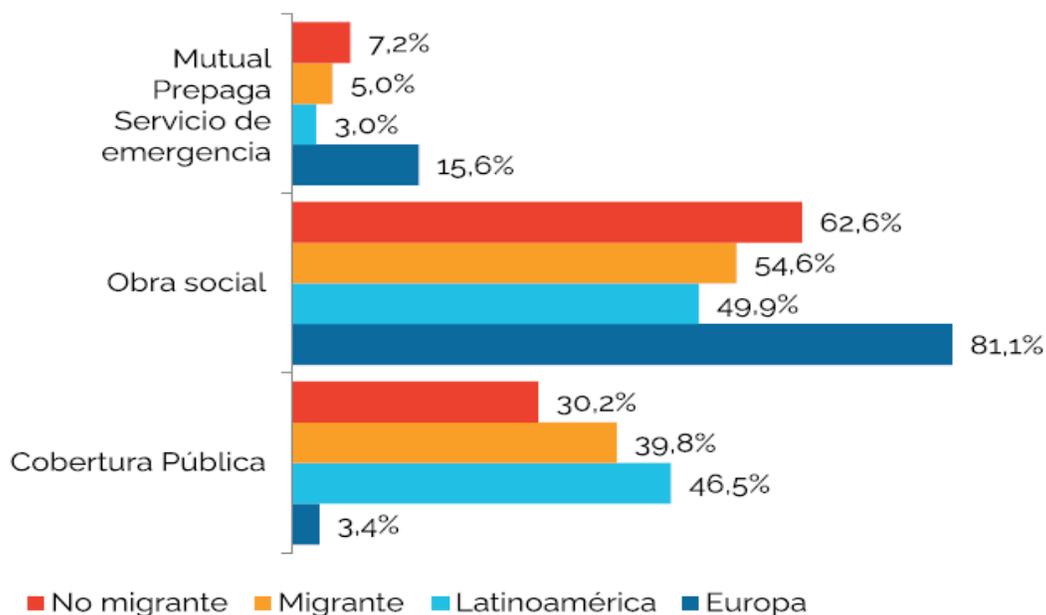
En relación a la información que surge de la EPH 2018, el 24,5% de las personas migrantes son mayores (12% entre no migrantes), cuando para 2010 este valor era cercano al 21%. Por otra parte, solo el 7% son menores de 19 años. Entre quienes nacieron en Europa se acentúan estas características: el 81,3% cuenta con 65 años y más (en el 2010 este valor era 65%). Entre las personas migrantes latinoamericanas también se habría incrementado el peso de quienes tienen 65 años y más (12% en 2010 contra casi 15% en 2018), sin embargo, la mayor parte de esta población se concentra en edades activas: el 77% tiene entre 19 y 65 años.

Atención de la salud y cobertura: Las personas migrantes tienen mayor dependencia del sistema público de atención de la salud, al contar con menores niveles de cobertura del sector privado de

salud y por parte de las obras sociales, en línea con su mayor nivel de no registro laboral. Cuatro de cada diez migrantes solo cuentan con la cobertura pública de salud, en tanto esta situación se presenta en el 30% de las personas nativas.

Se observan importantes diferencias entre migrantes según su procedencia. Entre europeos/as, el 81% cuenta con Obra Social, incluida PAMI, y solo el 3% cuenta únicamente con los servicios de salud públicos. Entre migrantes de América Latina, este último porcentaje asciende al 47%.

Migrantes y no migrantes por cobertura de salud. 2018



Cobertura de salud de migrantes por nacionalidad y no migrantes 2018. Fuente: OIM 2019

Entre migrantes pobres, el porcentaje de quienes solo cuentan con cobertura pública de salud resulta muy superior y alcanza al 66,3% de este universo²⁰.

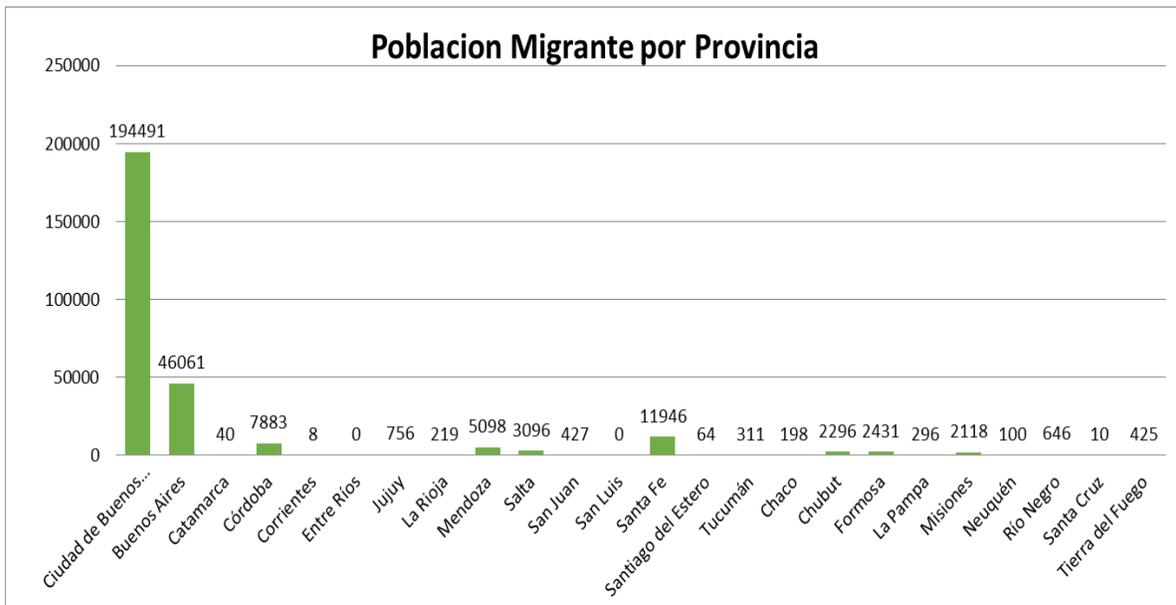
Sin embargo, cabe destacar que la cobertura de salud no necesariamente se equipara al uso efectivo de los servicios. En este sentido, se observa una baja incidencia de la atención en hospitales públicos y en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) por parte de los/as migrantes sudamericanos/as, que alcanza al 4% de las consultas totales (OIT, 2015).

Asimismo, varios estudios han identificado que los/as migrantes, a la hora de atenderse, se enfrentan a estereotipos y prejuicios por parte del personal médico y/o administrativo de los centros de salud que realizan distinciones entre los/as pacientes en función de su nacionalidad (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2012; IPPDH, INADI, 2014; INADI, Defensor del Pueblo de la Provincia

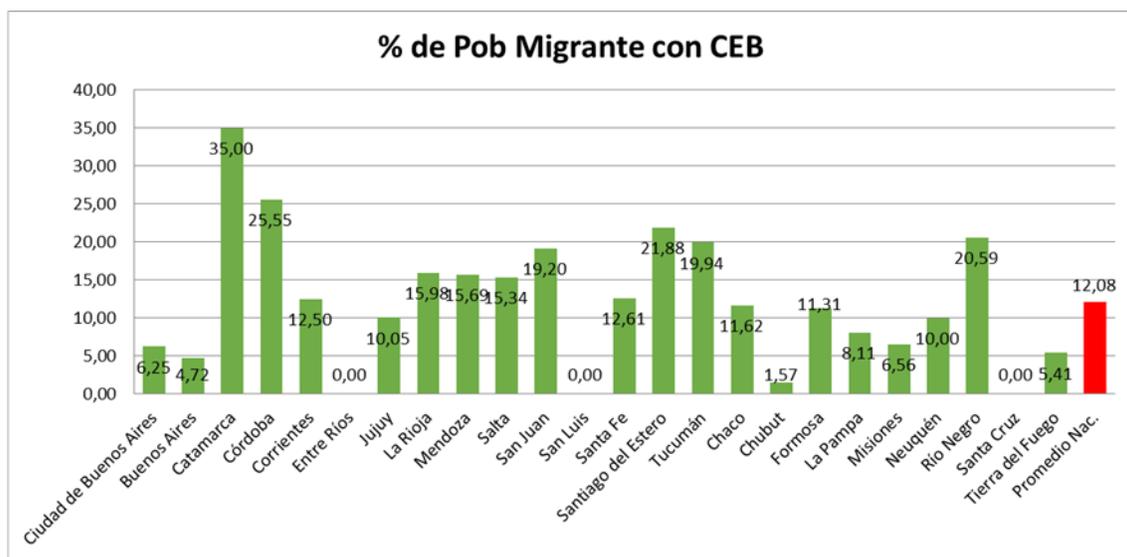
²⁰ OIM 2019

de Buenos Aires, 2014). Algunos trabajos identifican cuatro categorías en la percepción de los/as profesionales de la salud en CABA, sobre los/as migrantes regionales: como aprovechadores/as de servicios, como usuarios/as que plantean desafíos y/o dificultades de abordaje, como usuarios/as en condición de vulnerabilidad y como portadores/as de enfermedad importada, exótica y/o “peligro sanitario” (Finkelstein, 2017). Estas representaciones estigmatizantes resultan barreras en la accesibilidad en la atención de la salud.

De esta manera, que la población migrante tenga una tasa mayor de cobertura por el sector público, no significa necesariamente que haya una mayor utilización relativa de los servicios públicos de salud por parte de ésta.



Cantidad de población migrantes inscrita en el programa por provincia. Fuente: SUMAR 2020



Porcentaje de Población migrantes bajo programa con CEB por provincia. Fuente: SUMAR 2020

Población Gitana

Al igual que judíos y musulmanes, las primeras comunidades gitanas llegan a América procedentes de España y Portugal, tanto a través de deportaciones como, fundamentalmente, huyendo de las políticas de hostigamiento y persecución inquisitoriales.

Los primeros grupos estuvieron constituidos por los Kalons portugueses y los Kalé españoles, a quienes se sumaron otros contingentes migratorios llegados desde la conquista hasta el siglo XIX. Hacia fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, otros grupos gitanos llegan provenientes de distintos puntos de Europa. Entre esos grupos cabe destacar a los Kalderash (de Rusia, Suecia, Francia, Serbia y Moldavia), los Machwaya (de Serbia), los Lovaria (de Hungría, Alemania, Rusia), los Rom Xoraxané (principalmente de Serbia), los Ludar y/o Rudar (de Rumania y Serbia), los Sinti, y una vez más, pero ahora voluntariamente, los Kalé españoles y portugueses. Por último, en los últimos veinte años han llegado otros grupos gitanos rumanos, serbios y búlgaros²¹.

Vale la pena puntualizar que, luego de diversas consultas con la comunidad gitana argentina, se ha decidido optar por la denominación de “gitanos” para referirnos al conjunto de estos pueblos. Ello debido a que no todos ellos asumen una procedencia Rom y a que, por tanto, el término “gitanos” da cuenta de una visión del conjunto de grupos inclusiva.

Las comunidades gitanas provenientes de España (o Kalé españoles) pueden subdividirse a su vez en dos grupos: el primer grupo se autodenomina como Kalé argentinos, por su temprana llegada al país, mientras que el segundo grupo (los Kalé españoles) llegó de España en la década de 1970.

Los grupos Kalderash también llegaron en diferentes momentos y procedentes de lugares diversos. Los Kalderash griegos y serbios llegaron entre 1880 y 1890. A su llegada eran nómades y acostumbraban vender caballos y herramientas para el trabajo agrícola y trabajaban como caldereros (trabajadores del cobre). Bien entrado el siglo XX, comenzaron a moverse hacia las grandes ciudades y descubrieron nuevas oportunidades en el comercio de automóviles. Esta es su principal actividad hoy en día. La lengua Romaní se mantiene dentro de este grupo a pesar de la introducción de algunos préstamos del español.

Los grupos Ludar y/o Rudar comenzaron a inmigrar al final del siglo XIX desde Rumania y Serbia. Ciertos aspectos culturales, tales como la auto adscripción Romaní y el tipo de ropa de las mujeres, son los mismos de los Kalderash. Pero su mayor diferencia con los Kalderash es el lenguaje: hablan rumano en lugar de romanés.

Hacia fines de la década de 1980, las comunidades gitanas en Argentina tuvieron sus primeros atisbos de organización formal, dada la resistencia que tienen estos grupos a la burocratización de sus prácticas. Pese a ello, en el año 2000 se creó la Asociación Identidad Cultural Romaní, que reúne a algunos de estos grupos, así como otras organizaciones, lo que permitió que participaran de la Conferencia de Durban.

21 Druzhemira Tchileva 2004.

Pese a no aparecer en los textos escolares o folletos oficiales como uno de los grupos que constituyeron la identidad argentina, la comunidad gitana calcula contar entre 70.000 y 300.000 miembros en el país²².

En las entrevistas realizadas por el INADI, las colectividades gitanas destacan al ámbito educativo como una de las instituciones fundamentales de discriminación²³. Tanto las autoridades como los docentes manifiestan en muchos casos abierta o solapadamente sus prejuicios, máxime cuando la identidad gitana queda al descubierto (por ejemplo, a través de la vestimenta femenina). En otros casos, produce deserción escolar, al generar una contradicción entre la preservación de la identidad y la continuidad de la escolarización. Por otra parte, también señalan **dificultades en el acceso a la salud**, particularmente por la discriminación sufrida en hospitales y centros de salud por parte del personal hospitalario. A ello se agrega, en algunos casos, las trabas generadas por un ordenamiento estatal que obliga al “anclaje territorial”. En algunos grupos gitanos acostumbrados al nomadismo, esta falta de anclaje agrega mayores dificultades al acceso a los sistemas de salud y educación.

Es por ello que, al igual que con otros grupos, resulta fundamental encarar una política dirigida a su inclusión y acompañamiento en el desarrollo escolar y en las políticas de salud, tanto a través de intérpretes (para aquellos niños que hablan romanés o rumano, en escuelas con fuerte presencia gitana; para los hospitales o centros de salud cercanos a regiones con importante población gitana) como con actividades de formación del personal sanitario y autoridades, a fin de conocer las peculiaridades de la identidad gitana y desarticular muchos prejuicios presentes en estos ámbitos. La formación antidiscriminatoria en particular de los funcionarios estatales aparece así como prioritaria a los fines de iniciar un trabajo para desarticular las matrices de construcción de prejuicios y discriminación por parte de las instituciones estatales y de la sociedad en general.

Personas con discapacidad²⁴

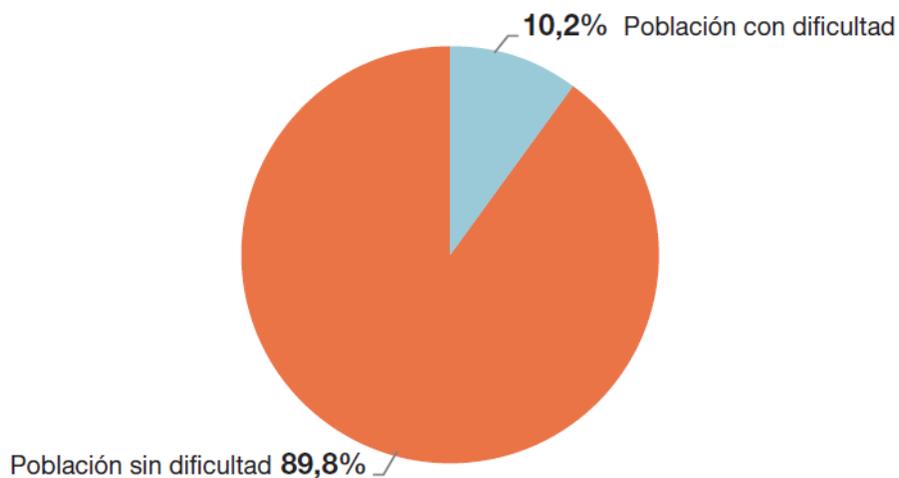
Según el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (ENPPD, INDEC 2018), 10,2% de la población de 6 años y más de la Argentina tiene algún tipo de discapacidad (3.571.983 personas). De ellos, 45,5% son varones y 54,5% son mujeres. El 82,3% de la población con dificultad de 6 años y más la adquirió después del nacimiento. De hecho, esto explica que más del 72% de las personas con discapacidad se encuentra en el grupo etario de 65 años o más, y que la prevalencia

²² <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/promocion/pluralismo/comunidad-romani#:~:text=Si%20bien%20no%20existe%20un,los%20colectivos%20culturales%20m%C3%A1s%20discriminados.>

²³ INADI, 2005.

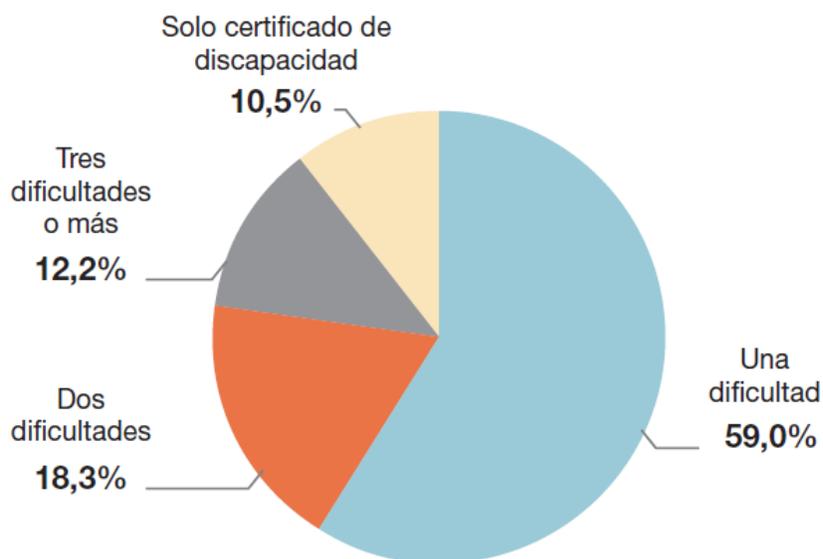
²⁴ Este documento emplea la definición de discapacidad de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, también conocida como el modelo social, en donde las “personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

sea mayor entre las mujeres puesto que tienen una esperanza de vida más larga. Las regiones con mayor prevalencia son el Cuyo (11%), el Gran Buenos Aires (10.3%) y la Pampa (10.3%).



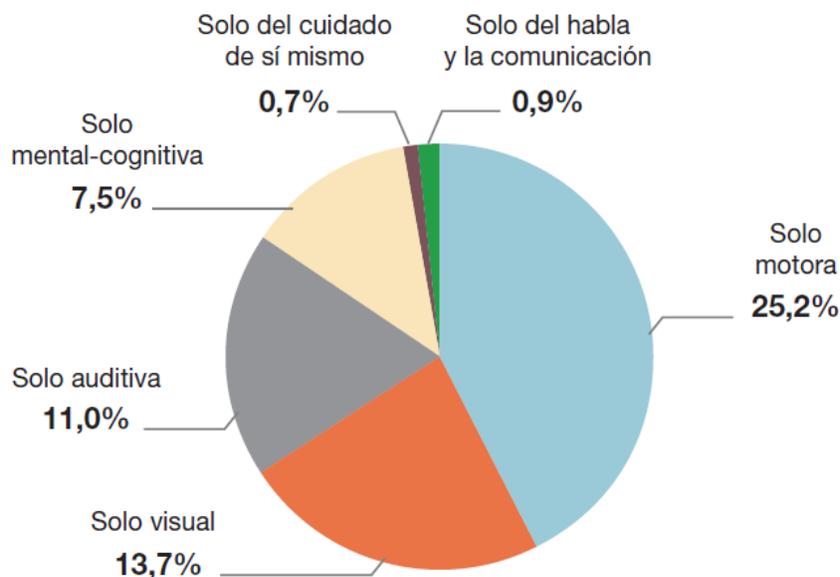
Personas con discapacidades mayores de 6 años. Fuente: ENPPD, INDEC 2018

En relación a la cantidad de dificultades que posee una persona, el 59% de personas de 6 años y más tienen una sola dificultad, el 18,3% tienen dos dificultades, el 12,2% tiene tres o más dificultades y el 10,5% no respondió cuantas dificultades tiene, pero tiene certificado de discapacidad.



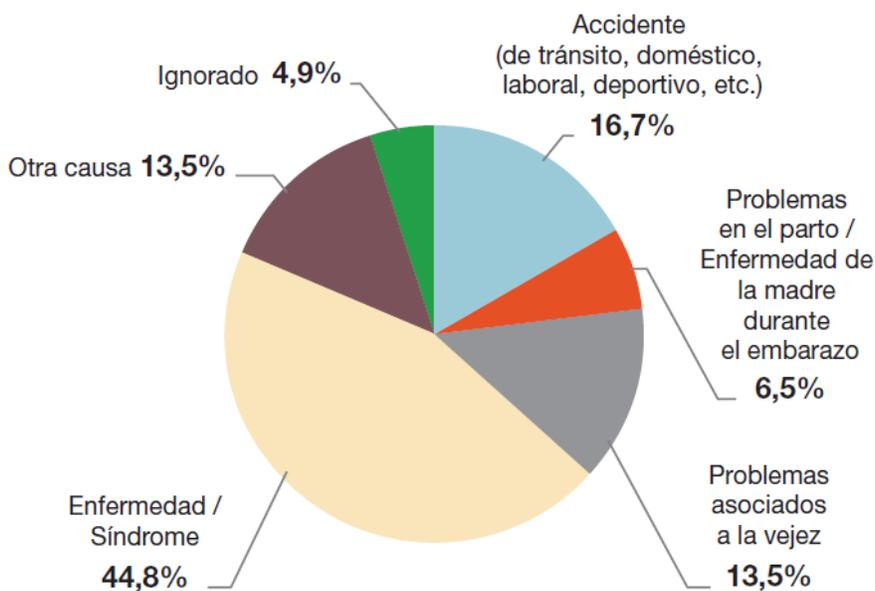
Personas con discapacidad mayor de 6 años por cantidad de dificultades. Fuente: ENPPD, INDEC 2018

De las personas que poseen una sola dificultad (59%), el 25,2 % tiene dificultad solo para caminar, subir escaleras o agarrar cosas, el 13,7% tiene dificultad solo para ver, el 11% tiene dificultad solo para oír, y el 7,5% tienen dificultad solo mental-cognitiva.



Personas con una sola dificultad por tipo de dificultad. Fuente: ENPPD, INDEC 2018

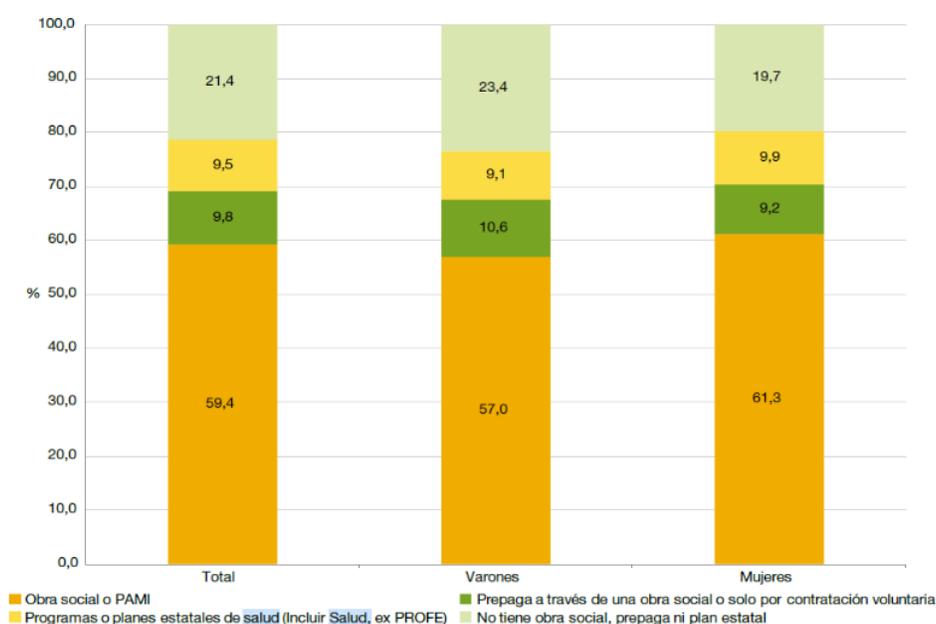
En relación a la causa de origen de la primera dificultad, el 44,8% declaró como causa una enfermedad o síndrome, el 16,7% debido a accidentes, el 13,5% por problemas asociados a la vejez y el 6,5% por problemas durante el parto y/o enfermedad de la madre durante el embarazo.



Personas con una sola dificultad por causa de origen. Fuente: ENPPD, INDEC 2018

En relación al Certificado Único de Discapacidad (CUD), el 33,4% de la población con discapacidad tiene certificado vigente y entre ellos, el 90,8% lo utiliza. El certificado de discapacidad vigente es usado principalmente para obtener el pase libre de transporte y la cobertura integral de medicación y salud.

En relación a la cobertura de salud, el 59,4% de la población con discapacidad posee cobertura de salud por obra social o PAMI, el 9,8% posee pre paga y el 9,5% posee programa estatal (Incluir Salud). Pero, un 21,4% (**764.405 personas**) **no tiene obra social, prepaga ni plan estatal de salud**, es decir que dependen exclusivamente de la cobertura pública, constituyéndose en la población objetivo del Programa Sumar.



Población con discapacidad de 6 años y más, por cobertura de salud, según sexo. Fuente: INDEC, 2018

Adultos Mayores

De acuerdo a la OMS²⁵, la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores. La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Por una parte, este fenómeno evidencia que se han logrado

25 <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

adelantos contra las enfermedades de la infancia y la mortalidad materna. Por otro lado, la necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando, y esto requiere analizar el sistema de salud teniendo en cuenta este aumento de las necesidades. Sin duda impondrá una gran carga sobre los sistemas de pensiones y seguridad social, aumentará la demanda de atención de problemas agudos y de atención primaria de salud, requerirá un personal sanitario más numeroso y mejor capacitado y aumentará la necesidad de asistencia a largo plazo.

Teniendo en cuenta estos aspectos mencionados, y luego de transcurrido casi el primer año de implementación del nuevo préstamo del SUMAR (AR-8853) y en el marco de la coyuntura actual de la emergencia sanitaria por el COVID-19, surgió la necesidad de universalizar la cobertura poblacional del Programa, esto es, incorporar en la población objetivo a los adultos mayores de 65 años con cobertura pública exclusiva.

En nuestro país, una de las características salientes del proceso de envejecimiento es su perfil urbano. Según datos del Censo 2010, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reside el mayor porcentaje de población de 65 años y más (15,7%), seguida por el interior de la provincia de Buenos Aires (11,5%); las provincias de Santa Fe (11,1%); La Pampa (10,9%) y Córdoba (10,8%). Entre las menos envejecidas se encuentran las provincias de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (3,6%), Santa Cruz (4,9%), Misiones (6,2%) y Neuquén (6,4%).

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (2012), la población adulta mayor de Argentina está compuesta por una mayor cantidad de mujeres en los distintos tramos de edad desagregados. Del total de población entrevistada en la ENCaViAM, el 57% son mujeres. A medida que se avanza en la edad, las mujeres incrementan su participación relativa, representando el 63% de las personas de 75 años y más.

Grupo de Edad	Varón %	Mujer %
Total 60 años y más	43,0	57,0
60 a 64 años	46,2	53,8
65 a 69 años	41,3	58,7
70 a 74 años	48,8	51,2
75 años y más	37,4	62,6

Población de 60 años y más por grupo de edad según sexo. Año 2012. Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012).

El tipo de hogar que integran, así como la situación conyugal que presentan, son indicadores que reflejan la posibilidad de contar con la compañía de otras personas para el desarrollo cotidiano de la vida. En su mayoría, los varones se encuentran unidos o casados (73%) mientras que entre las mujeres, la situación conyugal que prevalece es el matrimonio (40,1%) y la viudez (38,6%). Esta última condición, característica de las mujeres de 75 años y más, se explica por la mayor esperanza de vida femenina. En el grupo de 75 años y más, 6 de cada 10 mujeres se declaran viudas, mientras que en el universo de varones del mismo tramo etario, esta situación afecta a algo más de 2 de cada 10 varones.

Grupos de edad y sexo	Unido/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a	Soltero/a
Total 60 años y más	6,2	50,3	8,7	26,6	8,2
Varones	9,3	63,7	8,5	10,7	7,8
Mujeres	3,8	40,1	8,9	38,6	8,5
60 a 74 años	7,9	56,9	10,4	16,8	8,0
Varones	11,1	65,8	9,0	6,7	7,4
Mujeres	5,1	49,5	11,6	25,3	8,5
75 años y más	2,2	34,2	4,6	50,4	8,7
Varones	3,9	57,5	6,9	22,6	9,0
Mujeres	1,1	20,3	3,2	66,9	8,5

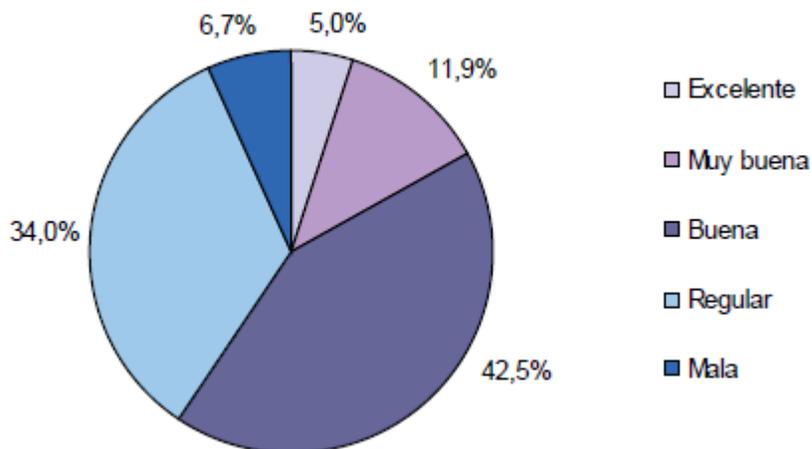
Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo según situación conyugal. Año 2012. Fuente: ENCaViAM

En relación a la calidad de vida de las personas mayores, la ENCaViAM incluyó una serie de indicadores tendientes a caracterizar, en un sentido general, las condiciones de salud de los adultos mayores. Para ello, observó las siguientes dimensiones: autopercepción de la salud y la memoria, acceso a medicamentos, caídas y fracturas, depresión, deficiencias y dependencia.

La **autopercepción de la salud** involucra una evaluación basada en los sentimientos, ideas y creencias que los individuos tienen con respecto a su salud²⁶, y que depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social²⁷. En el caso específico de los adultos mayores, se vincula con el número de enfermedades crónicas que padecen, el período de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, la dependencia en actividades de la vida diaria, etcétera, explorando cómo éstas afectan a la calidad de vida. Los resultados de la encuesta muestran que, con relación a esta dimensión, un 42,5% del total de las personas de 60 años y más considera que su salud es buena, y un 16,9% la percibe como muy buena o excelente, mientras que el resto la percibe como regular (34%) o mala (6,7%).

26 Beaman, P. y otros (2004): Percepción de la salud entre los adultos mayores.

27 Cerquera Córdoba, A., y otros (2010): Autopercepción de la salud en el adulto mayor.

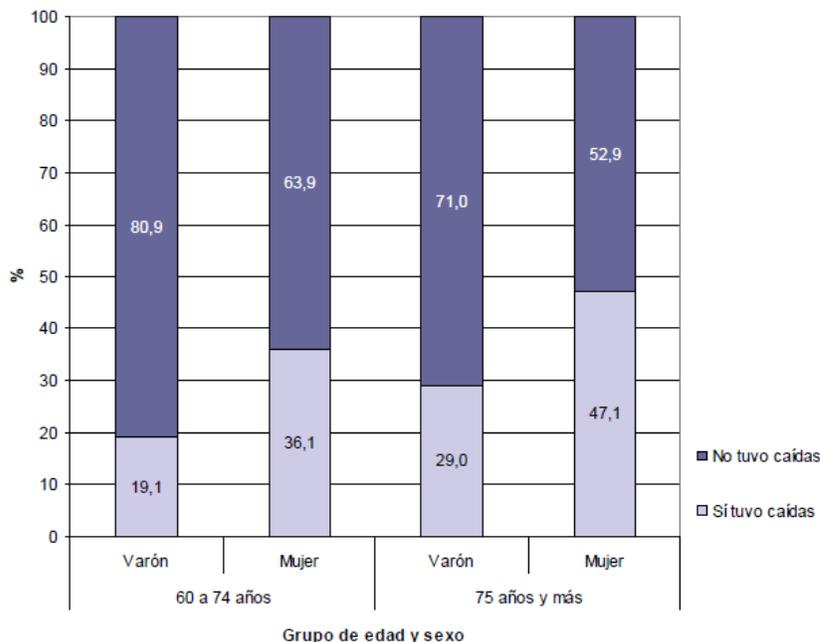


Población de 60 años y más por autopercepción de salud. Año 2012. Fuente: ENCaVIAM

En relación a la **Autopercepción de la memoria**, en el total de los adultos mayores encuestados, un 47% percibe que su memoria es buena, y un 27% muy buena o excelente. El 23,9%, en cambio, declara que su memoria es regular, mientras que apenas un 1,9 % la considera mala.

Las **caídas** son un problema frecuente en las edades extremas de la vida. Acompañadas muchas veces de fracturas, las consecuencias en el caso del adulto mayor pueden llegar a ser importantes, provocando distintos grados de deterioro funcional. La magnitud del riesgo en esta población se debe, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la **falta de adaptación del entorno** a las necesidades de las personas de edad avanzada²⁸. El 32% de los adultos mayores entrevistados se cayó en los últimos dos años y de ese total más de la mitad (56%) se cayó más de una vez. El mayor porcentaje de caídas ocurre en el grupo de edad más avanzada. Un 40% de las personas de 75 años y más ha sufrido al menos una caída en los últimos dos años. Si bien las mujeres presentan una mayor propensión a las caídas que los varones, la brecha se reduce a medida que aumenta la edad.

28 Organización Mundial de la Salud (2012): Caídas. Nota de prensa Nro. 344. Centro de Prensa de la OMS, Octubre de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>. Consultado el 23-08-2020.



Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo según ocurrencia de caídas en los últimos 2 años. Año 2012.
Fuente: ENCaViAM

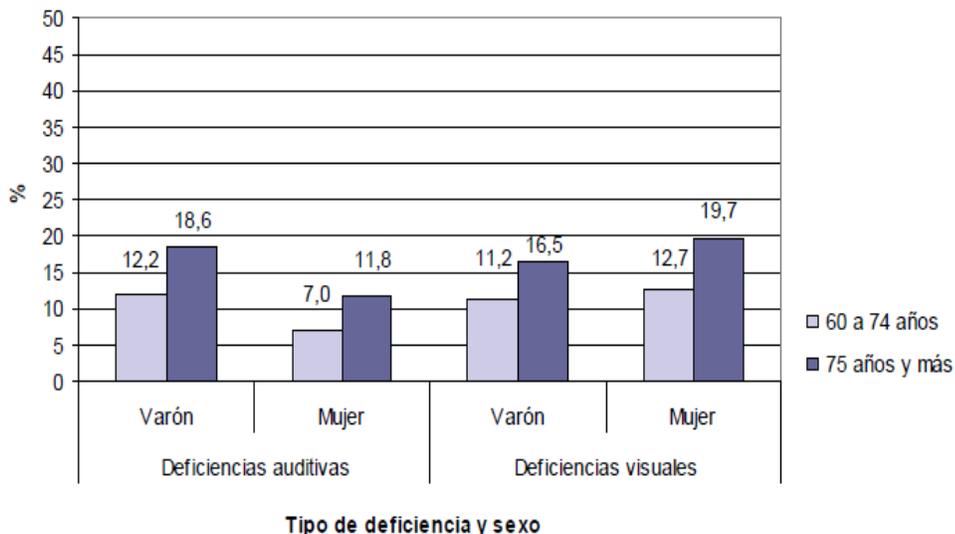
De aquellos que han tenido caídas en los dos últimos años, la mitad (49,2%) tuvo como consecuencia la fractura de algún hueso. La incidencia de las fracturas aumenta con la edad: un 46% de las personas de 60 a 74 años y un 57% entre los de 75 años y más.

En relación a la **depresión**, según la ENCaViaM, un 8% de los adultos mayores entrevistados fue diagnosticado con depresión, la mitad de los cuales ha recibido durante el último año algún tratamiento psiquiátrico o psicológico. Al interior del universo que recibió un diagnóstico de depresión, las mujeres duplican su presencia relativa con relación a los varones (10% de las mujeres y 5,5% de los varones). Esta tendencia se reafirma en el grupo de 60 a 74 años (11% entre las mujeres y 5% entre los varones). En las edades más avanzadas (75 años y más), estas diferencias se diluyen, alcanzando a un 8% tanto entre las mujeres como entre los varones.

En lo referido a las **deficiencias**, como la disminución de la visión y la audición, es un problema muy común en las personas de edad. Son patologías muy importantes a considerar dado que conllevan graves efectos en la relación del adulto mayor con su entorno. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001) las deficiencias hacen referencia a problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida²⁹. Un 14% de las personas de 60 años y más tiene deficiencias visuales (es ciego o no ve bien aún con anteojos), con una leve sobrerrepresentación femenina. Si bien a medida que aumenta la edad crece el porcentaje de población afectada, no se registran diferencias significativas por sexo.

²⁹ Organización Mundial de la Salud (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

En lo referido a las deficiencias auditivas, un 11% es sordo o no escucha bien ni aún con audífonos, con más peso relativo de los varones (14% de los varones y 8,5% de las mujeres). A medida que aumenta la edad, las diferencias entre varones y mujeres con relación a las deficiencias auditivas parecen incrementarse, con mayor concentración entre los varones de 75 años y más.



Población de 60 años y más por tipo de deficiencia según grupo de edad y sexo. Año 2012. Fuente: ENCaViAM

Cuando se habla de **dependencia** se evalúa la capacidad de los individuos para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional se divide en básica e instrumental. La primera de ellas refiere a la posibilidad de desplazarse por sus propios medios, realizar actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse. Por el otro, la funcionalidad instrumental refiere a la realización de actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos, necesarias para llevar adelante una vida independiente³⁰. Según la ENCaViAM, alrededor del 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica. A medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades. La dependencia para las actividades básicas de la vida está feminizada. Las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad.

Grupo de edad y sexo	Porcentaje de dependencia	
	Sí	No
Total 60 años y más	9,5	90,5
Varones	5,9	94,1
Mujeres	12,2	87,8

Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de dependencia básica 2012. Fuente: ENCaViAM

Respecto de la dependencia instrumental, un 22% de los adultos mayores entrevistados presenta al menos una de estas limitaciones. De ellos, un 13% necesita ayuda para hacer las compras, un 12%

30 Sánchez Gávito, A. (2000)

para hacer las tareas del hogar y un 11% para viajar en transporte público, taxi, remis o auto particular. Son las mujeres quienes tienen una mayor presencia relativa en este tipo de dependencia. La dependencia instrumental también crece con la edad. Mientras alcanza el 14% de los encuestados de entre 60 y 74 años, se triplica entre aquellos de 75 años y más, alcanzando al 41% de los adultos mayores del rango.

Respecto al acceso a la cobertura de salud, un 83,8% de los adultos mayores cuenta con obra social, mayoritariamente PAMI. La cobertura a través del sistema privado de salud es una situación minoritaria: un 6,8% posee mutual, prepaga y/o servicio de emergencia. Sólo un **8,6% no cuenta con cobertura de salud**, convirtiéndose en potenciales usuarios del sistema público. De aquellas personas mayores a quienes se les indicaron medicamentos, el 64% los compró todos, y un 36% compró algunos o ninguno. Es importante destacar que, entre estos últimos, el 82% no los compró (todos o algunos) porque le fueron entregados de forma gratuita, y un 18% por otras razones, como que los tenía por haberlos comprado anteriormente.

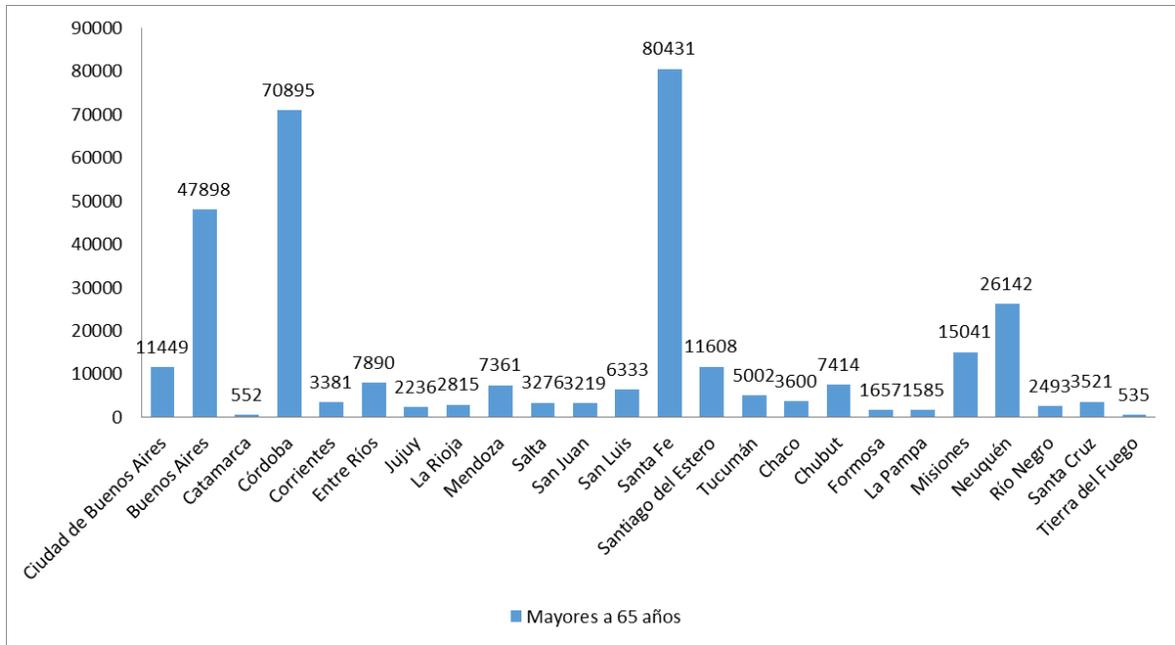
En relación a la población mayor de 60 años que no posee obra social (incluida PAMI), prepaga o plan estatal, y que es la población objetivo del programa, el total de personas alcanza a 562.442 de acuerdo a los datos del Censo 2010.

Edades quinquenales	No tiene obra social, prepaga o plan estatal
60-64	357.089
65-69	101.032
70-74	42.974
75-79	31.164
80-84	17.237
85-89	8.148
90-94	3.423
95 y más	1.375
Total	562.442

Población de 60 años y más por grupo de edad, según cobertura de salud. Fuente: INDEC - CENSO 2010. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE

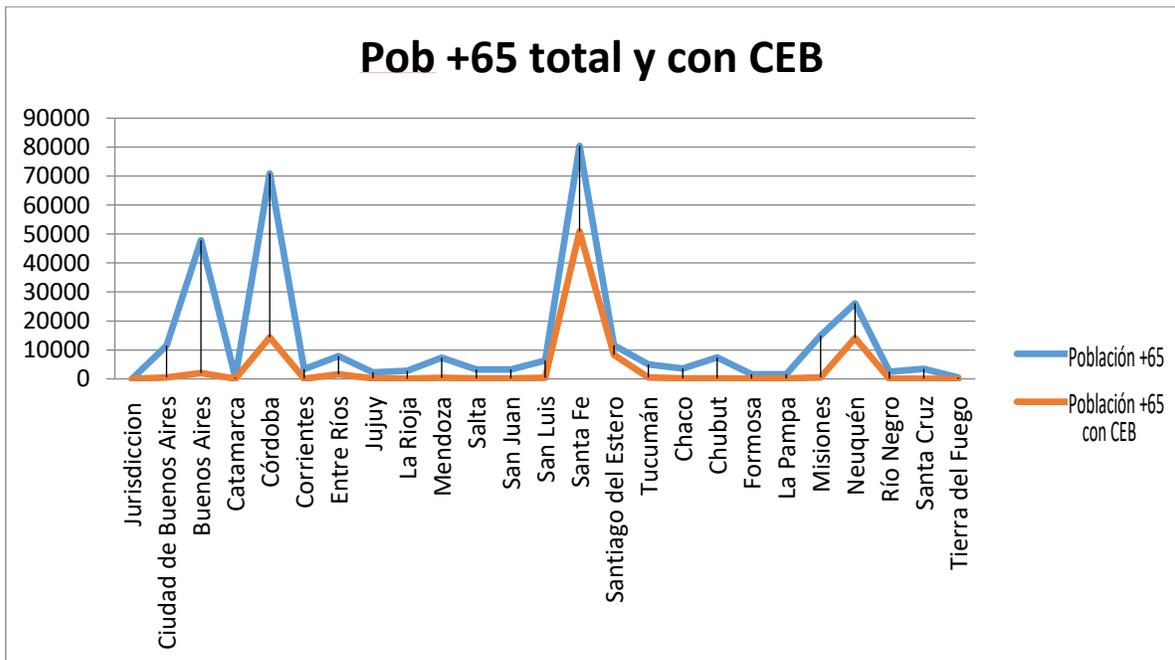
De estas 562.442 personas, 326.334³¹ (58,02%) se encuentran actualmente cubiertas por el programa SUMAR, siendo las jurisdicciones de Santa Fe (80.431 personas), Córdoba (70.895 personas) y Buenos Aires (47.898 personas) las que mayor cantidad de beneficiarios poseen.

31 Este número está compuesto por personas de 65 años o más y no incluye a las personas entre 60 y 64 años que son consideradas en los datos del INDEC.



Población de 65 años y más beneficiaria del Programa SUMAR por jurisdicción 2020. Fuente: Base de datos SUMAR

De estas 326.334 personas el 29,07% posee Cobertura Efectiva Básica (CEB), lo cual representa un total de 94.863 personas. Como se observa en el gráfico que muestra la brecha entre la población beneficiaria y aquella que posee CEB, las jurisdicciones con mayor brecha son las de Buenos Aires, Córdoba y Misiones.



Población de 65 años y más beneficiaria del Programa SUMAR por jurisdicción con y sin CEB 2020. Fuente: Base de datos SUMAR

Marco legal

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en el 1968
- Ley 22.431. Instaura un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca
- Ley N° 24.515. Creación del INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACION, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO
- Ley 24.901, establece un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.
- Ley 25.673 creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable³²
- Ley de Migraciones 25.871
- Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Ley 26.378 aprueba la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo,
- Ley 26.485 de Protección Integral de las Mujeres,
- Ley N° 26.529 de Derechos del paciente
- Ley 26.618 de Matrimonio igualitario,
- Ley 26.657 de Salud Mental (LNSM) deslegitima clasificaciones psiquiátricas aún vigentes como el trastorno de la identidad sexual y el transexualismo y el travestismo de rol dual, remanentes de la histórica patologización de la orientación sexual y la identidad de género.
- Ley 26.743 de Identidad de Género
- Ley N° 26.852. Día Nacional de los/as Afroargentinos y de la Cultura Afro
- Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, también forman parte de este marco normativo en el que se inserta la Ley de Identidad de Género en la Argentina.

32 Actual Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

-Ley N° 27.044. Otorga jerarquía constitucional a mediante LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO

- Ley N° 27.360 de aprobación de la Convención interamericana sobre protección de los derechos humanos de las personas mayores

- Ley N° 27.499 Ley Micaela. Capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres

-Decreto reglamentario 1193/98. Instituye que la coordinación y planificación del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad estará a cargo de un Directorio, el cual es presidido por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) y el Ministerio de Salud de la Nación a través del Subsecretario de Gestión de Servicios e Institutos ejerce la Vicepresidencia.

- Decreto 1086/2005. PLAN NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACION

- Decreto 616/2010. Reglamentación de la Ley de Migraciones

- Decreto 903/2015. Reglamenta el art. N° 11 de la Ley 26.743. Este Decreto lista algunas de las posibles modificaciones corporales a las que pueden acceder las personas que se encuentran amparadas por la Ley 26.743

- Decreto 658/2017. Adhesión al Decenio Internacional de los Afrodescendientes

- Decreto 698/2017. Crea la agencia nacional de discapacidad,

- Decreto 50/2019. Establece la estructura organizativa de la administración pública nacional, en su Anexo II deposita en la Secretaría de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación la competencia de intervenir en la elaboración de las normas y políticas vinculadas con la discapacidad y la rehabilitación integral

- Decreto N° 721/2020. Establece un cupo laboral para personas travestis, transexuales y transgénero en la Administración Pública Nacional.

-Resolución MS 428/1999. Aprueba el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad estipulando un marco normativo general y fijando los niveles de atención y tratamiento para las prestaciones

- Resolución MS 1886/2020. Aprueba el Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública

Áreas institucionales responsables del Plan

Salvaguarda Social

En el año 2007 y con el Proyecto “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública I” (FESP I) comenzó a funcionar la Salvaguarda Social, teniendo como objetivo la adecuación cultural de las acciones llevadas a cabo por dicho Proyecto. A través de la Resolución Ministerial 136/2016, se transfirieron a la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S) las funciones y competencias de la Salvaguarda Social, incorporando los equipos técnicos a la propia estructura de la UFI-S. El equipo de consultores técnicos trabajó desde 2008 en la Salvaguarda Social del Proyecto FESP; del Proyecto de Emergencia H1N1; el Proyecto “Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública II” (FESP II), BIRF N°7993; “Protección de la Población Vulnerable contra las Enfermedades CRÓNICAS no Transmisibles”, BIRF N°8508; el Proyecto de Emergencia para la Prevención y Manejo de la Enfermedad por COVID-19 en la República Argentina BIRF N° 9083 y la reestructuración del Proyecto de Desarrollo de Seguros Provinciales de Salud–SUMAR, BIRF N° 8516, así como el presente Proyecto BIRF N° 8853.

En este sentido, el monitoreo de la Salvaguarda Social del presente Proyecto será realizada por el equipo del Área Técnica de Salvaguarda Social (ATSS) de la DGPFE, de manera conjunta con la Unidad Coordinadora (UC) del Programa SUMAR Asimismo, las actividades previstas en el presente documento formaran parte del Compromiso Anual Integrado (CAI) firmado por las jurisdicciones y la responsabilidad de la ejecución de las acciones a nivel provincial será exclusiva de las provincias y la Ciudad Autónoma de Bs. As. Siendo esta la primera instancia en donde se incorporan de manera específica una adecuación de las actividades del Proyecto para los grupos poblacionales mencionados en el apartado anterior, se articulara para estas actividades con las distintas áreas específicas del Ministerio de Salud y/o áreas de otros ministerios con la finalidad de realizar un abordaje integral, que permita alcanzar los objetivos del Programa SUMAR, así como parte de los objetivos de las diferentes áreas del estado que intervienen. En este sentido, las actividades planificadas a ser realizadas a nivel nacional, serán responsabilidad del Programa, las áreas específicas del Ministerio de Salud de la Nación y/o áreas de otros ministerios intervinientes y la DGPFE.

Áreas intervinientes

El Ministerio de Salud de la Nación, junto con el resto de las instituciones del estado, se encuentra desarrollando un proceso de reconocimiento de la diversidad que se traduce en diferentes instancias de institucionalización, a través de las cuales se desarrollan políticas y programas para implementarlas.

En este sentido se han realizado avances en el reconocimiento de los diferentes grupos sociales que requieren de intervenciones específicas que resulten en servicios de salud de calidad, adecuados a las necesidades que estas poblaciones pueden requerir y basados en el enfoque de DDHH que dichas intervenciones implican.

En este sentido, el Ministerio de salud de la Nación posee áreas y Direcciones específicas que se describen a continuación:

DIRECCIÓN DE GÉNEROS Y DIVERSIDAD, cuya responsabilidad primaria es impulsar la formulación de políticas de género y diversidad en el ámbito del Ministerio, y en organismos y establecimientos de salud de todas las jurisdicciones, articulando acciones en forma transversal con las áreas con competencia en la materia. Entre las acciones para lograrlo se encuentran:

- Colaborar en la implementación de la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia hacia las mujeres,
- Promover la aplicación de una perspectiva de géneros y diversidad en las políticas desarrolladas por el Ministerio,
- Contribuir, en el ámbito de su competencia, a la implementación de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género,
- Gestionar programas de capacitación y acciones para promover los derechos de las mujeres y diversidades en el ámbito de la salud,
- Gestionar acciones de prevención de toda forma de discriminación y violencia en el ámbito sanitario nacional así como en todas las jurisdicciones,
- Impulsar el desarrollo, implementación y monitoreo de planes, programas y proyectos en materia de salud referidos a políticas de géneros y diversidad,
- Proponer estrategias y campañas de difusión y prevención de violencia de género en el ámbito de la salud,
- Brindar asistencia técnica a las autoridades jurisdiccionales, equipos técnicos y gestores de servicios para la implementación de una política sanitaria con perspectiva de género,
- Articular con otras áreas del Ministerio y del ESTADO NACIONAL, así como con organizaciones de la sociedad civil, el desarrollo de tareas complementarias y concurrentes para la implementación de acciones con perspectiva de género en el ámbito de la salud.

Asimismo, mediante la Resolución 1886/2020, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó el Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública en el ámbito de la Dirección de Géneros y Diversidad con el objetivo de impulsar la implementación de políticas de género y diversidad en todas las áreas de gestión del Ministerio de Salud de la Nación, sus organismos descentralizados y en establecimientos de salud de jurisdicciones provinciales y de la CABA, para promover el acceso universal a una atención sanitaria, integral y de calidad.

DIRECCION DE PERSONAS ADULTAS Y MAYORES cuya responsabilidad primaria es gestionar los aspectos relacionados con la salud de adultos y adultas, adultos y adultas mayores, de mujeres y otras personas con capacidad de gestar, a través de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación para cuidar la salud y propiciar el desarrollo de las personas a lo largo de todos los ciclos de vida. Entre las acciones para lograrlo se encuentran:

- Gestionar el desarrollo e implementación de planes, programas y proyectos para la salud física, mental y social de personas adultas y mayores, con el fin de promover acciones de atención primaria de la salud,
- abordar la promoción de la salud de las personas adultas y mayores con perspectiva de género como también desarrollar y fomentar programas de prevención cuaternaria,
- incorporar actividades programáticas de atención para personas mayores con discapacidad,
- propiciar el desarrollo de servicios de salud mental y tratamiento de adicciones en las personas mayores,
- fomentar la creación de servicios de atención en los establecimientos de salud y facilitar el acceso a los servicios sanitarios, respetando las capacidades y habilidades según el grado de autovalencia de las personas adultas mayores,
- monitorear y promover el acceso a los medicamentos a las personas adultas mayores,
- fomentar capacitaciones de trabajadores de la salud en la perspectiva de envejecimiento activo y saludable, como así también difundir los derechos de las personas adultas mayores y brindar capacitaciones en la materia,
- Fortalecer la participación de las personas adultas mayores a través de la mejora de los canales existentes para que sus intervenciones sean sustrato de las decisiones sanitarias gubernamentales,
- prevenir e intervenir contra toda forma de maltrato y abuso hacia las personas adultas mayores

SECRETARÍA DE CALIDAD EN SALUD, Área de Personas con Discapacidad, cuya responsabilidad primaria asociada a la temática es Intervenir en la elaboración de las normas y políticas vinculadas con la discapacidad y rehabilitación integral. Entre las acciones para lograrlo se encuentran:

- Supervisar la aplicación, en sus organismos dependientes, de los estándares de calidad en los servicios de salud determinados por el MINISTERIO DE SALUD, así como proponer la implementación de modelos participativos de la comunidad que resulta receptora de los servicios, en concordancia con las políticas de calidad y participación determinadas por el MINISTERIO DE SALUD.

DIRECCION NACIONAL DE PLURALISMO E INTERCULTURALIDAD de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

Es el área encargada de elaborar y ejecutar planes y programas específicos en materia de promoción de los derechos humanos. Dentro de sus principales funciones se encuentran:

- Planificar, coordinar y supervisar actividades de formación y fortalecimiento institucional en materia de derechos humanos y de derecho internacional humanitario, en el ámbito de la sociedad civil y en la estatal, incluidas las fuerzas de seguridad, armadas y del sistema penitenciario.

- Establecer lazos de cooperación técnica con universidades y organismos académicos, con el fin de aprovechar los saberes, estudios e investigaciones que están realizando, para la mejora en la implementación de políticas públicas en materia de derechos humanos.
- Establecer vínculos de cooperación con organismos internacionales y con países de reconocida trayectoria en la promoción de los derechos humanos, en especial con aquellos países que integran el MERCOSUR y el grupo de América Latina y el Caribe.
- Implementa políticas públicas para prevenir, abordar y reducir las desigualdades, así como también estrategias para la promoción de la diversidad de las expresiones culturales, el diálogo intercultural y la igualdad en el acceso a bienes culturales, con especial hincapié en los grupos más vulnerables.
- Promover el fortalecimiento del compromiso democrático y el afianzamiento de los valores en derechos humanos mediante la generación de espacios de reflexión, participación popular, capacitación e investigación, con especial énfasis en los jóvenes.

Acciones del programa para poblaciones específicas

La inclusión de cuestiones relativas a la diversidad en un marco de gestión social se rige por tres principios:

- a. Evitar y mitigar la posibilidad de que las personas de diferentes grupos, debido a su mayor vulnerabilidad, se vean afectadas de manera adversa por el Proyecto.
- b. Promover que las personas de los distintos grupos menos favorecidos puedan aprovechar los beneficios del Proyecto a través de ajustes razonables.
- c. Incluir de manera significativa a las partes interesadas menos favorecidas y vulnerables en la divulgación de la información, las consultas y la atención a reclamos.

En base a las acciones realizadas por el Proyecto SUMAR, no se espera que el Proyecto vulnere el primero de los principios, es decir que posea impactos negativos que afecten de manera particular a los grupos. Sin embargo, para dar cumplimiento al segundo de los principios, es necesario realizar ciertas acciones específicas que permitan a los diferentes grupos gozar de los beneficios del Proyecto en iguales condiciones³³, y en ese sentido, dichas acciones no pueden ser diseñadas sin la intervención y participación tanto de las áreas sustantivas como de las organizaciones que representan a los grupos, dando cuenta del tercer principio.

Teniendo en cuenta estos principios, el **objetivo general** de las acciones del Proyecto destinadas a individuos o grupos menos favorecidos están dirigidas a **fortalecer y mejorar el acceso a los servicios de salud brindados por los efectores bajo el programa**.

Este objetivo será alcanzado a través de los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar efectores que atienden población afrodescendientes, gitanos/as, migrantes, población LGBTI+ y personas con discapacidad,
2. Recolectar información acerca de las principales barreras de acceso a los efectores pertenecientes al programa
3. Implementar estrategias de sensibilización y capacitación dirigidas a los RR.HH. de los efectores identificados, y de comunicación dirigida a los usuarios de los servicios de salud, y
4. Fortalecer la participación e incidencia de las distintas comunidades y organizaciones de referencia.

Las actividades para cumplir con los objetivos serán las siguientes:

³³ En este sentido, además de lo presentado en la presente sección, el programa posee un componente de equidad que se traduce en un fortalecimiento de la financiación hacia aquellas jurisdicciones que poseen mayores necesidades.

1. a. Diseño de instrumento de recolección de información. Se realizará a partir del uso de la app KoBoToolbox/RedCap. La información mínima a recolectar incluirá la identificación del efector, la ubicación GPS, el tipo de efector y los servicios que brinda, el RRHH del efector, la identificación de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables que son atendidos por el efector y las principales barreras de acceso a la atención desde el punto de vista del efector.

1.b. Identificación provincias y actores, e implementación de prueba piloto. Se seleccionará la provincia donde se implementará la prueba piloto en base a la presencia de cada grupo en la provincia, así como en base a la opinión de los expertos de las áreas sustantivas. Se capacitará en el uso de la herramienta a los actores provinciales intervinientes, quienes a su vez serán los encargados de distribuir la herramienta en los efectores seleccionados y realizarán el monitoreo de la implementación.

1.c. Consolidación de la información y revisión de la herramienta. La información recolectada por la herramienta se consolidará en una base de datos de efectores donde se atienden personas pertenecientes a los diferentes grupos identificados. Se revisarán las dificultades en la etapa de implementación de la herramienta, dificultades al momento de la carga y/o errores de diseño y se realizará un primer análisis de las barreras relevadas.

1.d. implementación de la herramienta a nivel nacional a partir de la experiencia obtenida en el piloto. Se extenderá paulatinamente la aplicación de la herramienta al resto de las jurisdicciones durante el ciclo de vida del programa, en función de la priorización que será realizada por las áreas sustantivas.

2.a. Diseño de capacitaciones de manera conjunta con las áreas sustantivas y las organizaciones representantes de los distintos grupos. En una primera instancia se desarrollarán los modelos preliminares de las diferentes capacitaciones dirigidas al RRHH de los efectores identificados enfocadas en mejorar el acceso de los grupos al sistema de salud, identificar y evitar barreras de acceso y en fortalecer la atención de calidad a través de la adecuación de los servicios desde un enfoque de derechos.

2.b. Diseño y/o distribución de material de comunicación y/o guías para fortalecer la calidad de atención de los grupos identificados. Se diseñarán materiales ad hoc y/o se adaptarán materiales producidos por las áreas sustantivas. Asimismo, tanto el material ya diseñado como el que se produzca, será distribuido entre los efectores donde se identifique la presencia de los grupos mencionados y acompañará la capacitación mencionada en el punto anterior. Asimismo se realizarán acciones de comunicación y difusión para los beneficiarios sobre los derechos a la atención de salud y los mecanismos de reclamos en caso de enfrentar dificultades de acceso.

3. Establecer un proceso de consulta permanente con los diferentes espacios de participación en relación a la población específica (ver "Plan de consulta a los interesados" en este mismo documento) con la finalidad de identificar barreras y posibles acciones para abordarlas.

4. A su vez, en el caso de personas con discapacidad, el área sustantiva prevé la realización de actividades tendientes a categorizar a los efectores de salud pública identificados que atiendan a personas con discapacidad como prestadores del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad brindando a la población mayor acceso a las prestaciones específicas destinadas a personas con CUD, al tiempo que se incorpora al efector como prestador de servicios a partir de lo cual esta posibilitado a recibir el reintegro establecido por el nomenclador del mencionado sistema por las prestaciones brindadas.

5. En el caso de la comunidad LGBTI+, se evaluarán e incorporarán prestaciones específicas para esta población.

Cronograma y recursos necesarios

Actividades	1º 2021	2º 2021	1º 2022	2º 2022	1º 2023	2º 2023
1.a						
1.b						
1.c						
1.d						
2.a						
2.b						
3						
4						
5						

Actividades	cantidad	Costo unitario en U\$S	Costo total en U\$S
1.a	5	s/c	\$0
1.b	5	s/c	\$0
1.c	5	s/c	\$0
1.d	5	s/c	\$0
2.a ³⁴	18	800	\$14400
2.b ³⁵	6	2500	\$15000
3 ³⁶	18	1000	\$18000
4	X ³⁷	s/c	\$0

34 Incluye a 3 profesionales para el diseño, ejecución y evaluación de las capacitaciones por cada grupo poblacional

35 Incluye el diseño, la impresión y distribución de los materiales por cada grupo poblacional.

36 Incluye al menos 3 reuniones con organizaciones de los 6 grupos poblacionales.

37 La cantidad de efectores será seleccionada a partir de la identificación de los efectores que atienden personas con discapacidad.

5 ³⁸	-	s/c	\$0
Costo Total			\$47.400

Participación de los actores relevantes y otros grupos de interés

Identificación de los interesados

A partir del contacto con las diferentes áreas del Ministerio de Salud que abordan a las poblaciones mencionadas en este documento, se identificaron los siguientes interesados por temática:

Población LGBTI:

Parte constitutiva de las acciones desarrolladas por la Dirección de Géneros y Diversidad, es articular con otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación, del Estado Nacional y de las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires así como con organizaciones de la sociedad civil, para la implementación de acciones con perspectiva de género y diversidad sexual y corporal en el ámbito de la salud.

En este sentido, la Dirección de Géneros y Diversidad lidera la “Mesa Diversidad y Salud”, de la cual participan diferentes organizaciones y referentes de la comunidad LGBTI+, entre ellas la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT) y la Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA).

Se prevén encuentros regionales donde se puedan tratar diferentes problemáticas en función de las particularidades y contextos regionales.

Población Gitana:

“MESA DE DIÁLOGO ROMANÍ” conformada por la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Nación del Ministerio de Justicia y DDHH; la Dirección Nacional de Población, del Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda; la Secretaría de Gestión Educativa, área de Educación Inclusiva del Ministerio de Educación; La Dirección General de Programas con Financiamiento Externo, área técnica de Salvaguarda Social del Ministerio de Salud; la Dirección de Promoción y Desarrollo de Prácticas contra la Discriminación del INADI; la Sra. Aída Elizabeth Infante de Juan, representante de la Comunidad Gitana de Salta; la Sra. Michelle Traico, representante de la Comunidad Gitana de Córdoba; el Sr. Jorge Nedich, del “Observatorio Gitano”, referentes que articulan con la comunidad gitana de la ciudad de Mar del Plata y Bahía Blanca y la Asociación Identidad Cultural Romaní de Argentina (AICRA).

38 No implica costos específicos para la Salvaguarda Social. El mismo se encuentra incluido en el coste del Plan de Servicios de Salud (PSS)

Personas con Discapacidad:

Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), cuyo Comité Asesor se encuentra conformado por Personas con Discapacidad (PcDs), ONGs vinculadas a la temática así como prestadores del sistema e instancias de articulación intersectoriales institucionalizadas. Las entidades que intervienen en la articulación de políticas para personas con discapacidad son: CEMARID (Cámara de Entidades Médico Asistenciales para la Rehabilitación Interdisciplinaria de la Discapacidad), FENDIM (Federación Argentina de Entidades Pro Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual), APADEA (Asociación Argentina de Padres Autistas), FADEA (Federación Argentina de Autismo), AIEPEsA (Asociación de Institutos Educativos Privados Especiales Argentinos), AHoRA (Asociación de Hogares de la República Argentina), CILSA (Centro de Inclusión Libre y Solidario de Argentina), "Cotolengo Don Orione" y ATAECADIS (Asociación de Transportistas y Amigos de Educación Capacidades Distintas), entre otras entidades que participan de acuerdo a los temas específicos.

Personas Mayores:

Consejo Asesor de Personas Mayores. Articula instancia de consultas con la Dirección de personas adultas y mayores y se encuentra conformada por organizaciones de personas mayores y referentes especialistas en la temática.

Afrodescendientes:

La Dirección Nacional de Pluralismo e Interculturalidad, articula sus actividades con las siguientes organizaciones de Afrodescendientes: Agrupación Xango, Sociedad de Socorros Mutuos "Unión caboverdeana" de Dock Sud, Asociación de congoleños en Argentina, Agrupación Todos con Mandela, Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, afrocaribeñas y de la diáspora.

Migrantes:

Para el trabajo con población migrante se articulará con las siguientes organizaciones: CAREF (Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes), Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR

Plan de consulta a interesados

Objetivo

Establecer un proceso de consulta permanente con los diferentes espacios de participación en relación a cada población específica

Objetivos específicos

1. Conocer los procesos y expectativas para una adecuada consulta en el marco del Plan de Consulta Permanente

2. Articular y acordar con los representantes de los diferentes grupos instancias de consulta de forma permanente y sistemática
3. Establecer acuerdos sobre el proceso de consulta, el seguimiento de la implementación de las acciones y el cronograma del mismo.
4. Consultar regularmente el Plan de Grupos Vulnerables con las organizaciones y personas interesadas.

Para la implementación del Plan de Consulta, se realizarán las siguientes actividades:

- a) Establecer de manera conjunta con las áreas específicas del ministerio de salud y/o otros ministerios la convocatoria para la consulta con las organizaciones.
- b) Convocar a los participantes de las distintas organizaciones. El lanzamiento de la convocatoria se realizará a través de un Flyer institucional de manera virtual (vía mail, whatsapp y página web de DGPFE).
- c) Enviar información a las organizaciones sobre las características del Proyecto. Se diseñarán los materiales que brindan información oportuna y adecuada para la consulta y se pondrán a disposición de los representantes con la anticipación adecuada.
- d) Realizar reunión virtual y establecer un acuerdo sobre el proceso de consulta y su cronograma. Asimismo, se presentaran las acciones del programa y se recabaran comentarios y sugerencias.
- e) Documentar los resultados de cada reunión en minutas compartidas con las organizaciones participantes y mantener un archivo con estas minutas.
- f) Realizar consultas en periodos regulares en función de los acuerdos alcanzados

Mecanismos de atención de reclamos

Los mecanismos de reclamos y sugerencias serán vehiculizados a través de la consulta y las áreas de provinciales del SUMAR (UGSP), así como por canales virtuales. Asimismo, a los fines de atender los reclamos y resolver los conflictos que pudieran generarse en la implementación de las acciones del presente plan, y una vez agotadas las vías administrativas, se promoverá la adopción voluntaria de procedimientos alternativos de solución de los mismos, como la mediación o el arbitraje, en forma previa a la resolución por vía judicial.

Los procedimientos de interacción, reclamos y resolución de conflictos, el proceso que seguirá, el plazo y las responsabilidades institucionales entre la Provincia/Proyecto, Mediador y Afectado se preverán de acuerdo con las necesidades de cada etapa del ciclo del Proyecto. En cualquiera de los casos se llevará un registro de recepción, y resolución de reclamos y conflictos.

Para comunicarse con el Programa Sumar en todo el país, se encuentran disponibles los contactos de las distintas oficinas provinciales³⁹:

³⁹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar/oficinas-provinciales>

Buenos Aires

Tel: 0221-457-2732/ 0221- 457-6277

Dirección: Calle 50 Nro.1132. 2º y 4º piso. CP 1900. La Plata

Correo electrónico: comunicacion.sumar@gmail.com

Página Web: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/sumar/>

Catamarca

Tel: 0383 - 154228344

Dirección: Chacabuco 169, Ministerio de Salud de la provincia - San Fernando del Valle de Catamarca

Correo electrónico: comunicacionplanacercat@gmail.com

Ciudad Autónoma de Bs. As.

Tel: (011) 41233100 Int. 3290-91-92-93

Dirección: Monasterio 480, 1º Piso, Bº-Parque Patricios

Correo electrónico: programasumar@buenosaires.gob.ar

Página Web: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sumar>

Córdoba

Tel: 0351-7662555.

Dirección: Belgrano 1548, Hospital Misericordia - Bº Güemes

Correo electrónico: programasumarcordoba@gmail.com

Corrientes

Tel: Tel: (0379) 4475319 - 4974788

Dirección: Córdoba 540 - Corrientes. CP: W3400CDF

Correo electrónico: nacercorrientes@yahoo.com.ar

Chaco

Tel: (0362) 4452920

Dirección: Marcelo T. de Alvear 20, Piso 2 - Resistencia - CP: 3500

Correo electrónico: plannacerchaco@hotmail.com

Chubut

Tel: (0280) 4486354 - 4484244

Dirección: Berwin 387 - Rawson - CP: 9103

Correo electrónico: coordinacionchubut@gmail.com / comunicacionchubut@gmail.com

Entre Ríos

Tel: (0343) 4840210

Dirección: Belgrano 29 - Paraná

Correo electrónico: sumarenterios@gmail.com

Formosa

Tel: (03704) 436208

Dirección: Mitre 636 C.P. 3600 Formosa - Capital

Correo electrónico: adm.sumarfsa@gmail.com

Jujuy

Tel: (0388) 4244143 / 4244144

Dirección: Las Heras 434 - San Salvador de Jujuy

Correo electrónico: unidadprograma.msalud@gmail.com

Página Web: <http://salud.jujuy.gob.ar/>

La Pampa

Tel: (02954) 424398

Dirección: Bartolomé Mitre 131 - Santa Rosa

Correo electrónico: programasumarlp@gmail.com; sumarcomunicacionlp@gmail.com

La Rioja

Tel: (0380) 4614748

Dirección: Av. Ortiz de Ocampo 1700 -Acceso 1° planta alta - La Rioja - CP: 5300

Correo electrónico: sumarlarioja@gmail.com

Mendoza

Tel: (0261) 4201501/ 1469/ 1530

Dirección: Barcala 165 esq. Pasaje Villanueva - 2° Piso - Ciudad Mendoza

Correo electrónico: comunicacionnacermdz@gmail.com

Misiones

Tel: (0376) 4447839 - Fax: (0376) 4447840

Dirección: Tucumán 2174 - Posadas - Min. de Salud - CP: 3300

Correo electrónico: programa.sumar.misiones@gmail.com

Neuquén

Tel: (0299) 4495594

Dirección: Antártida Argentina N° 1245 - Edificio 3 - Ministerio de Salud - CAM (Centro Administrativo Ministerial) - Neuquén - CP: 8300

Correo electrónico: nacernqn@gmail.com

Río Negro

Tel: (02920) 429364

Dirección: Laprida 240, 2do piso intermedio - Viedma

Correo electrónico: nacercomunicacion22@gmail.com

San Juan

Tel: (0264) 4307411

Dirección: Av. Libertador Gral. San Martín y España - Centro Cívico 3er piso Núcleo 2 - San Juan

Correo electrónico: programasumar.msp@sanjuan.gov.ar

San Luis

Tel: (0266) 4452000 int. 3668

Dirección: Terrazas del Portezuelo - Av. Serranías Puntanas Km. 783. Edificio Proyección al Futuro - Modulo II - 2º piso - San Luis Capital. CP: D5702GOD

Correo electrónico: plannacer@sanluis.com; plannacersanluis@yahoo.com.ar

Santa Cruz

Tel: (2966) 457947

Dirección Alberto J. Barker 93 1er piso - Rio Gallegos - CP: 9400

Correo electrónico: santacruzadmisumar@gmail.com

Salta

Tel: (0387) 4373196

Dirección: Santiago del Estero 158. Edificio 2. Oficina 21. CP: 4400

Correo: programasumarsalta@gmail.com

Santa Fe

Sede Santa Fe Capital

Tel: (0342) 4573726 - 4572507

Dirección: Boulevard Galvez 1563 5to piso - Santa Fe Capital - CP:3000

Correo electrónico: adm.ugspSantaFe@gmail.com

Santiago del Estero

Tel: (0385) 4221438 | 4222658

Dirección: Posadas N° 50/100 - Santiago del Estero - CP: 4200

Correo electrónico: programasumarsantiago@gmail.com / calidad.sumar@gmail.com

Tierra del Fuego

Tel: (02901) 591100 int. 1148

Dirección: Alem 629 - Ushuaia - Tierra del Fuego - CP: 9410

Correo electrónico: pacestdf@gmail.com

Tucumán

Tel: (0381) 4526581 - 4526582 - 4526583

Dirección: Santiago 652 - San Miguel de Tucumán - CP: 400

Correo electrónico: comunicacionycapacitacionsumar@gmail.com; srivero@msptucuman.gov.ar

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación cuenta con un Mecanismo de Atención de Quejas y Reclamos que está en función para gestionar reclamos sobre los proyectos que ejecuta. El mecanismo es manejado por el área legal del DGPFE y puede recibir quejas a través de los puntos de contacto que siguen:

Página web: www.ufisalud.gov.ar/mensajes

Mail: quejasyreclamos@ufisalud.gov.ar

Tel: (+54) (011)43723733 Int:2016

Asimismo, respecto a las acciones específicas del presente plan, la DGPFE y el Proyecto reciben y monitorean los reclamos a través de los siguientes contactos:

Página web: www.ufisalud.gov.ar/mensajes

Mail: ssocial@ufisalud.gov.ar

Nombre del Proyecto y # de préstamo	Unidad Ejecutora	Nombre y apellido del punto focal	Cargo	Tel	Correo Electrónico	Mecanismo de Atención de Quejas y Reclamos (incluir web, correo, tel., etc.)
PROYECTO BIRF AR-8853	DGPFE	Gimena Quiñones	Asesora Legal	(+54)(011)43723 733 Int:2016	gquinones@ufisalud.gov.ar	www.ufisalud.gov.ar/mensajes Mail: quejasyreclamos@ufisalud.gov.ar Tel: (+54)(011)43723733 Int:2016
PROYECTO BIRF AR-8853	DGPFE	Mariano Orlando	Responsable ATSS	(+54 11) 4372-3733 int. 332	ssocial@ufisalud.gov.ar	www.ufisalud.gov.ar/mensajes Mail: ssocial@ufisalud.gov.ar Tel: (+54)(011)4372-3733 Int:332

Bibliografía

Beaman, P. 2004. “Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.” En Muñoz, O. y otros (comp.): “La salud del adulto mayor: temas y debates” (pág. 117-138). Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
https://www.researchgate.net/publication/308886162_Percepcion_de_la_salud_entre_los_adultos_mayores_derechohabientes_del_Instituto_Mexicano_del_Seguro_Social_Health_Self-Perception_among_the_Mexican_Institute_of_Social_Security's_Older_Adults

Cerquera Córdoba, A. 2010. “Autopercepción de la salud en el adulto mayor”. En “Revista Virtual Universidad Católica del Norte” N° 31, (septiembre-diciembre de 2010), Colombia.
<https://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587018.pdf>

DEIS 2018. Esperanza de vida al nacer. Indicadores básicos. Argentina Dirección de Estadísticas e Información Pública en Salud. DEIS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.ms.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf>

Druzhemira Tchileva 2004. EMERGING ROMANI VOICES FROM LATIN AMERICA.
<http://www.errc.org/cikk.php?cikk=1847>

Finkelstein, L. 2017. “Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud.” Revista Migraciones Internacionales: reflexiones desde Argentina, Vol. 2, págs. 41 a 60.

Gonzalo Castro 2019 “Condiciones de vida de la población trans, situación laboral e inserción al mercado formal de trabajo” 14º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Bs. As., 7-9 de Agosto 2019. https://aset.org.ar/2019/ponencias/21_Castro.pdf

INADI 2005. Hacia un plan nacional contra la discriminación: la discriminación en Argentina - 1a ed. - Buenos Aires: Inadi, 2005.

INADI, Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires 2014. “Acceso a derechos de las personas migrantes en la provincia de Buenos Aires”, Buenos Aires.

INADI 2016. “Afrodescendientes: Guía Temática”. ISBN 978-987-1629-96-1.
<http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/11/guia-afrodescendientes.pdf>

INADI 2017. “Argentina también es Afro”. <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Argentina-Tambien-Es-Afro.pdf>

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Resultados Definitivos. Serie B Nro. 2, tomo 1 (1ª. ed), Buenos Aires, INDEC.

INDEC 2012. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores.
<https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

INDEC (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

IPPDH, INADI 2014. “La situación de las personas migrantes regionales en la Ciudad de Buenos Aires. Acceso a derechos sociales y estadísticas de criminalidad”. INADI, IPPDH, Buenos Aires Migración

Jelin E., A. Grimson y N. Zamberlin 2012. Los pacientes extranjeros en la mira. En Salud y Regional Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural (Jelin E. dir,) IDES, pág.47

Ministerio de Salud de la Nación 2020. “ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS Y NO BINARIAS. Guía para equipos de salud” Dirección de Géneros y Diversidad, Ministerio de Salud de la Nación 2020. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2017. La Revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio. https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf

OIM, 2019 “Condiciones de vida de migrantes en la republica argentina. Caracterización de la población migrante para el seguimiento del ODS 1”. <http://argentina.iom.int/co/sites/default/files/publicaciones/Condiciones%20de%20vida%20de%20migrantes%20en%20la%20Rep%C3%ABlica%20Argentina%20-%20Final%20WEB.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2015. “Migraciones Laborales en Argentina: Protección Social, Informalidad y heterogeneidades sectoriales”. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001. “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf

Sánchez Gávito, A. 2000 “Manual de prevención y auto cuidados para las personas adultas mayores”, Gobierno del Distrito Federal, México. Citado en Formiga. N. y otra (2011): “Autopercepción de la salud de los adultos mayores en Bahía Blanca”. Ponencia presentada en XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Universidad Nacional del Comahue, Neuquén, Argentina. 21 a 23/09 de 2011.

UYA, Okon, 1994. “Estudios afroamericanos: perspectivas, métodos e implicancias”, en I Congreso Argentino de Americanistas, V Centenario del Descubrimiento de América, Tomo I, Buenos Aires, Liga Naval Argentina, 1994, págs.24-39.