

2025

Aproximaciones sobre el acceso a la salud de

Niñas, niños y adolescentes con discapacidades mentales e intelectuales en Salta

Informe Diagnóstico - Oficina ANDHES Salta



andhes

ABOGADOS Y ABOGADAS DEL NOROESTE ARGENTINO
EN DERECHOS HUMANOS Y ESTUDIOS SOCIALES

Aproximaciones sobre el acceso a la salud de niñas, niños y adolescentes con discapacidades mentales e intelectuales en Salta

Informe Diagnóstico - Oficina ANDHES Salta

Año 2025



ANDHES Abogados y abogadas del
Noroeste Argentino en Derechos
Humanos y Estudios Sociales.

Florencia Vallino
Directora Ejecutiva

Fernanda Marchese
Co-Directora Ejecutiva

Melany Moreno Ferullo
Directora administrativa-financiera

Gustavo Ramiro López
Coordinador Institucional Salta

Tania Nasrallah
Coordinadora Línea de Comunicación

AUTORAS/ES

Sofía Ríos
Juliana Martinez Lozano
María Belén Nieva Moreno
Gustavo Ramiro López

Revisión

Victoria Fernández Almeida
Florencia Vallino

Diseño editorial

Tania Nasrallah - Rocío Gutierrez

OFICINA TUCUMÁN

Pje. Bernardo de Irigoyen 894
SM de Tucumán, Tucumán
Argentina - CP 4000
institucional@andhes.org.ar

OFICINA JUJUY

Av. Santibañez 1580 | 1ºP Of 11
SS de Jujuy
Argentina - CP 4600
institucionaljujuy@andhes.org.ar

OFICINA SALTA

Gral. Lavalle N° 71 | Of 10
Ciudad de Salta
Argentina - CP 4400
institucionalsalta@andhes.org.ar

www.andhes.org.ar



Cualquier parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin fines comerciales siempre que se informe correspondientemente y por escrito a Andhes.

DICIEMBRE AÑO 2025

Índice

Sobre ANDHES.....	5
Introducción.....	6
Definiciones fundamentales.....	7
Caracterización demográfica y algunos antecedentes.....	13
Preguntas y aproximaciones iniciales.....	24
¿Qué nos dice la información pública?.....	27
Diagnósticos relacionados a discapacidades mentales e intelectuales de NNyA.....	29
Certificado Único de Discapacidad de NNyA.....	31
Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral a NNyA activas.....	35
¿Qué experiencias tienen agentes estatales?.....	38
Estructura y organización de las áreas que trabajan con discapacidad intelectual y mental.....	39
Gestión del certificado único de discapacidad (CUD) y pensiones no contributivas por invalidez.....	41
Acceso a prestaciones de salud.....	44
¿Cuáles son las valoraciones de los/las profesionales de la salud?.....	46
Reflexiones de cierre, recomendaciones y oportunidades.....	55
Referencias bibliográficas.....	61

Sobre ANDHES

ANDHES (Abogados y Abogadas del NOA en Derechos Humanos y Estudios Sociales) es una organización no gubernamental, de Derechos Humanos, sin fines de lucro que trabaja con total independencia de partidos políticos e instituciones religiosas en Tucumán, Jujuy y Salta. Su misión es contribuir a un cambio social basado en la vigencia de los derechos humanos y la democratización de las relaciones sociales, a través de la educación y defensa de estos derechos y la incidencia en políticas públicas. Su visión es ser un actor relevante en materia de derechos humanos a partir de la generación de procesos colectivos que promuevan la transversalidad de estos derechos en la agenda pública del Noroeste Argentino.



Introducción

En mayo del 2024, realizamos la presentación pública de la oficina en la ciudad de Salta Capital. Asistieron diferentes referentes, activistas y defensores de derechos humanos de la provincia para participar de un diálogo intersectorial, donde propusimos seguir ampliando nuestra mirada regional NOA sobre los Derechos Humanos. En base al diálogo entre las personas participantes, identificamos como prioritarias las múltiples problemáticas que enfrentan las personas con discapacidad y las problemáticas de salud mental en niñas, niños y adolescentes de la provincia. Se destacaron algunos aspectos como: la ausencia de una legislación específica para el acceso a la educación superior de las personas con discapacidad y la preocupación por los altos índices de suicidio adolescente. Posterior al encuentro, recibimos diversas consultas a través de los canales oficiales de la organización, como mail y redes sociales, con inquietudes sobre servicios y espacios que den respuestas a las necesidades de personas con discapacidad y problemáticas de salud mental.

Otra fuente de interés por la temática, proviene de los recorridos de las personas que conformamos la organización Andhes en Salta. Desde el trabajo en servicios estatales que asisten a segmentos de población vulnerabilizada (por desigualdades económicas, etnico-raciales, de género y edad), surgen preguntas en torno a cómo se relacionan las discapacidades -y en particular, las discapacidades mentales e intelectuales- con las condiciones de vida y las posibilidades de acceso a la salud en el escenario local, entendiendo estas relaciones como una problemática de derechos humanos.

Estas primeras premisas, constituyeron el puntapié para iniciar una búsqueda de antecedentes sobre discapacidad y salud mental de niñas, niños y adolescentes en la provincia de Salta. De esta forma, partimos de interrogantes generales, hasta delinear la pregunta que guía este trabajo: ¿qué características presenta la accesibilidad a los servicios de salud integral de niñas, niños y adolescentes en la provincia de Salta con discapacidades mentales e intelectuales diagnosticadas?

A continuación, definimos algunos conceptos imprescindibles para fundamentar las relaciones que este trabajo pretende trazar, tales como los de “salud integral”, “salud mental”, “discapacidad”, “discapacidades mentales e intelectuales” y “accesibilidad”. Posteriormente, presentamos algunos datos sociodemográficos disponibles, e

investigaciones o informes relacionados, que ofrecen una contextualización general sobre esta temática en la provincia de Salta y que contribuyeron a orientar nuestras primeras preguntas. Por último damos paso a exponer los datos que produjimos en el marco de estas primeras indagaciones, detallando las metodologías empleadas para cada cuerpo de datos. Cerramos con un conjunto de consideraciones, recomendaciones y oportunidades, para mejorar el acceso a derechos y servicios de salud, de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en la provincia.

Definiciones fundamentales

Para iniciar este recorrido, nos resulta imprescindible definir en líneas generales, a qué nos referimos cuando hablamos de salud y de salud mental desde una perspectiva integral. La Organización Mundial de la Salud, definió ya en el año 1948 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998, p. 10). En esta antigua conceptualización, encontramos un avance con respecto a las ideas que se establecen desde modelos médicos tradicionales, que tienden a resultar estrictamente biologicistas. A partir de ella, se han abierto una serie de perspectivas que amplían la mirada integral de los procesos de salud y enfermedad de las personas, desde donde podemos pensar la salud mental.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 del año 2010, en su Art. 3, define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Tanto esta conceptualización, como la ley en su totalidad, resultan de la expresión de un cambio de paradigma en el campo de la Salud Mental, y conllevan un viraje en los abordajes de la misma. Pasa a ser pensada como un proceso con causales múltiples y por ello, su modalidad de intervención, interdisciplinaria e integral.

Por su parte, tomamos del campo de la Psicología Comunitaria, el concepto de “salud mental comunitaria”, que entiende a la misma no solamente como un padecimiento subjetivo e individual, sino como un concepto complejo e integral, incorporando el contexto socioeconómico y los vínculos, como la trama que nos sostiene en el mundo y

nos determina. En consonancia con este enfoque, Emiliano Galende (2024), plantea que la Salud Mental se define por un sufrimiento individual de la propia existencia, pero que, y citando a Freud, considera que “el estado de satisfacción en los humanos depende -aun cuando no todo- de la relación con los otros, del trato, de la sociedad y la perfección del yo sobre sí mismo” (p. 9). Esta definición es particularmente interesante ya que, Galende incluye y con importancia, una trama intersubjetiva de la cual también depende esa salud mental de cada individuo o de cada singularidad.

Con respecto a la definición de discapacidad, y casi de igual manera que en los términos anteriores, se trata de una idea que ha ido respondiendo a diferentes paradigmas en cada momento histórico, y que ha ido evolucionando hasta la actualidad. Desde el presente trabajo, y en consonancia con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la abordaremos desde un enfoque y modelo social.

La CDPD en su Art. 1 establece:

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.

Ahora bien, los estudios críticos aportan algunas ideas interesantes y necesarias, para pensar las nociones de normalidad y anormalidad. En este sentido, “las formas de nombrar a la discapacidad se estructuran en las condiciones discursivas, socioculturales, políticas y económicas (...) donde las líneas demarcatorias entre ‘normal/anormal’ trazan caminos en cómo ser, estar y quedar reconocido en y por cada sujeto en sociedad.” (CLACSO, 2019, p. 22), y donde es necesario aportar una mirada interseccional, incluyendo “(...) etnia, edad, clase, sexualidad, y género que impactan en la experiencia de la discapacidad” (Shildrick, 2012, p.33). En esta línea pensamos la discapacidad como un fenómeno complejo, que requiere ser abordado desde múltiples enfoques.

Para precisar el término Retraso Mental Madurativo o Intelectual, nos remitimos a la Clasificación Internacional de Enfermedades, conocida como CIE 10. El retraso mental, desde este manual, se trata de un trastorno definido por la presencia de un desarrollo

mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de funciones concretas de cada época del desarrollo, y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Este tipo de retraso puede acompañarse o no de cualquier otro trastorno somático o mental. Cabe destacar que las capacidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar a través del tiempo y, aunque limitadas, pueden mejorar como resultado del entrenamiento y la rehabilitación.

Los grados de retraso mental se estiman generalmente mediante tests de inteligencia estandarizados, los cuales se complementan con escalas que miden la adaptación social en un entorno determinado. El diagnóstico depende también de la valoración global del funcionamiento intelectual, llevado a cabo por profesional cualificado y debe basarse en los niveles de funcionamiento presentes en un momento dado. Comprende las categorías de codificación F70 a F79, que incluyen el retraso mental leve (F70), el retraso mental moderado (F71), el retraso mental grave (F72), el retraso mental profundo (F73), otros retrasos mentales (F78) y el retraso mental sin especificación (F79) de acuerdo a la gravedad del deterioro de comportamiento.

Por último, como parte de estas definiciones básicas, también es necesario plantear la relación entre condiciones de vida vulnerabilizadas, salud integral y discapacidad, y en particular con los retrasos madurativos. Sin minimizar los amplios debates vigentes en torno a categorías como las de pobreza y las múltiples formas de definirla, medirla, y abordarla, nos centramos en algunas investigaciones de la región que piensan la compleja relación (no lineal ni causal), entre estos factores. UNICEF, por ejemplo, señala que en comparación con sus pares, es menos probable que les niños y adolescentes con discapacidad tengan una adecuada nutrición, accedan a servicios de salud, asistan a la escuela, participen expresando su opinión y sus necesidades sean tenidas en cuenta en la planeación y respuesta a emergencias y crisis humanitarias. Es decir, identifica indicadores que dan cuenta de complejas conexiones entre vulneraciones de derechos y la discapacidad¹.

Martínez Ríos (2013) parte de pensar la relación entre discapacidad, pobreza y exclusión múltiple señalando que el 15% de la población mundial vive con discapacidad, y el 80% de ella se concentra en países pobres. La discapacidad afecta con mayor intensidad a

¹ Disponible en <https://www.unicef.org/lac/ninos-ninas-y-adolescentes-con-discapacidad>

personas mayores, mujeres, grupos étnicos minoritarios, y quienes habitan contextos de emergencia o vulnerabilidad. Además, las personas con discapacidad están sobrerrepresentadas entre la población pobre tanto en países en desarrollo como en países con altos ingresos. Este fenómeno revela la necesidad de comprender la discapacidad como un fenómeno que en su abordaje precisa enfoques tanto de derechos humanos como de salud.

En una línea análoga, Vargas Calvo (2001) se pregunta cuánto y cómo afecta la pobreza a las personas con discapacidad en Costa Rica, destacando factores estructurales el desempleo crónico, la precariedad económica y la inaccesibilidad del entorno físico y de los servicios públicos, en tanto limitantes significativos de su autonomía y calidad de vida. A su vez, señala que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad son mayores entre los grupos de bajo nivel económico y cultural. Las diversas combinaciones de causas están en estrecha relación con la pobreza y esto hace que las personas pobres se encuentren más expuestas a la discapacidad.

Herazo Beltrán y Domínguez Anaya (2013) advierten una relación de circularidad entre discapacidad y pobreza en Colombia: la discapacidad puede generar condiciones de pobreza y viceversa. Sin embargo, son escasos los estudios que hayan abordado esta asociación desde una perspectiva poblacional, por lo cual, buscan estimar la correlación entre pobreza extrema y discapacidad en los departamentos del país, utilizando los datos del Censo General de 2005. Los resultados muestran una correlación positiva (aunque sin significación estadística), entre pobreza extrema y las diferentes formas de limitación funcional. La asociación más fuerte se da entre pobreza extrema y limitaciones para caminar, seguida por la correlación con el autocuidado y con el uso de brazos y manos. La correlación observada, aunque modesta, confirma que la pobreza influye en la situación de discapacidad, particularmente en las limitaciones para caminar, asociadas en un 23% a la pobreza extrema. Este hallazgo es consistente con estudios previos y con las afirmaciones de la OMS sobre la estrecha relación entre estas dos variables en países en vías de desarrollo. Se resalta que el acceso limitado a servicios de salud, educación y empleo en contextos empobrecidos profundiza las condiciones que generan o agravan la discapacidad. Asimismo, se identifican factores de riesgo como la alimentación insuficiente o la malnutrición que pueden resultar frecuentes en poblaciones de bajos ingresos. El estudio también discute evidencias internacionales, como el caso de Uganda, y teorías que relacionan el bajo estatus socioeconómico con

una mayor probabilidad de discapacidad en los últimos años de vida. La baja magnitud de las correlaciones observadas se atribuye a la multicausalidad de la discapacidad y a la intervención de otros factores contextuales y personales, como edad, género o entorno físico, que no fueron considerados en este análisis.

Todos estos estudios nos ayudan a concluir que existe una relación compleja entre pobreza y discapacidad: condiciones de vida deficitarias pueden incidir en condiciones de discapacidad (por malnutrición, falta de acceso a servicios sanitarios, etc.), a su vez, la discapacidad puede agravar condiciones materiales de vida (por desempleo, exclusión educativa, estigma). Martínez Ríos (2013) propone un modelo que ilustra esta relación, mostrando cómo las situaciones de pobreza que viven las personas con discapacidad tiene un carácter estructural y multidimensional, incluyendo aspectos materiales, simbólicos, sociales y culturales, siendo la accesibilidad un factor transversal clave.

Esto último nos da pie a definir aquello que entendemos como accesibilidad a los servicios de salud. Este término ha sido definido por Comes (2007) como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Este concepto pone énfasis en el problema de la oferta, y desde esta óptica, identifica las barreras que se pudieran interponer. Las mismas pueden ser:

- geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).
- económicas, cuando la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos.
- administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos.
- culturales, centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso.
- simbólicas en tanto el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

Sin embargo, definir a la accesibilidad desde la oferta, deja invisibilizado el hecho de que los sujetos (tanto usuarios como efectores), también son constructores de

accesibilidad. De esta forma, definir la accesibilidad en términos de (im)posibilidades de encuentro entre los sujetos y los servicios, incorpora una dimensión relacional del fenómeno. Este enfoque también da lugar a pensar la accesibilidad desde propuestas como el trabajo etnográfico de sobre el uso del Certificado Único de Discapacidad (CUD) en el Hospital Carolina Tobar García, especializado en salud mental infanto-juvenil en Argentina. El autor analiza cómo el CUD opera simultáneamente como herramienta de acceso a derechos esenciales y como dispositivo que puede reforzar estigmas asociados a la discapacidad. A través de entrevistas y observaciones realizadas entre 2020 y 2021, se muestra que el certificado permite a niños y adolescentes acceder a tratamientos y recursos inaccesibles desde el sistema público, aunque su uso tensiona las prácticas profesionales al convertir una herramienta de inclusión en una posible fuente de etiquetamiento burocrático. Levin destaca el rol de los equipos de salud en resignificar el CUD como medio transitorio para garantizar derechos, en un contexto de pobreza estructural y fragmentación del sistema sanitario, al tiempo que advierte sobre la necesidad de explorar cómo estas categorías impactan en las subjetividades de pacientes y familias.

Caracterización demográfica y algunos antecedentes

Como señalamos, en un principio fue necesario realizar una búsqueda de estudios, informes que permitan orientar las intuiciones iniciales respecto al acceso a la salud integral de niñas, niños y adolescentes con discapacidades en Salta. De esta manera, traemos algunos datos sociodemográficos generales sobre niñeces y adolescencias en Salta, para más adelante centrarnos en estudios cuantitativos específicos sobre salud mental y discapacidad en esta franja etaria.

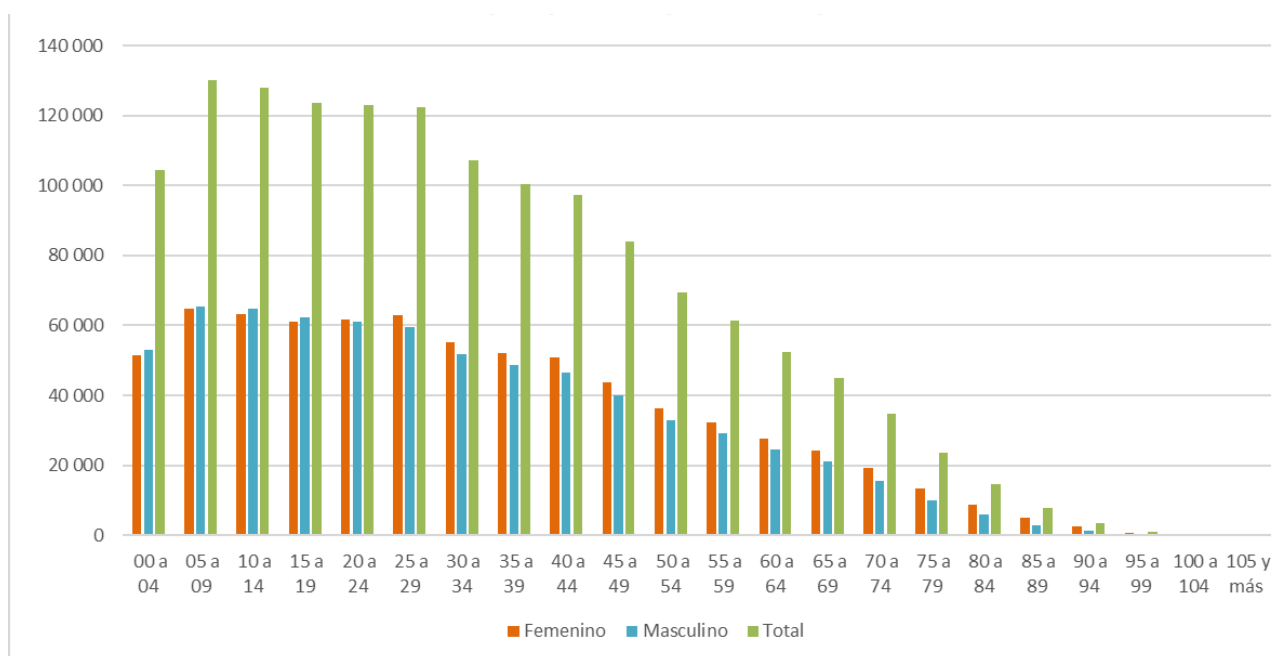


Gráfico 1. Estructura poblacional por sexo asignado al nacer y edad en grupos quinquenales. Elaboración propia en base al INDEC (2022)

Según los datos del Censo Nacional 2022 el total de población de la provincia es de 1.441.097, del cual 437.277 son niños, niñas y adolescentes de 0 a 17. El índice de dependencia potencial (IDP), que expresa la cantidad de personas de edad inactiva (niños, niñas y adolescentes y ancianos) por cada 100 personas edad activa² presenta una gran variabilidad en los distintos departamentos de la provincia, alcanzando sus valores máximos en departamentos como Rivadavia, y mínimos en los departamentos de La Caldera y Capital.

² Cociente entre el Total de personas de 0 a 14 años + total de personas de 65 años y más) / (Total de personas de 15 a 64 años*100.

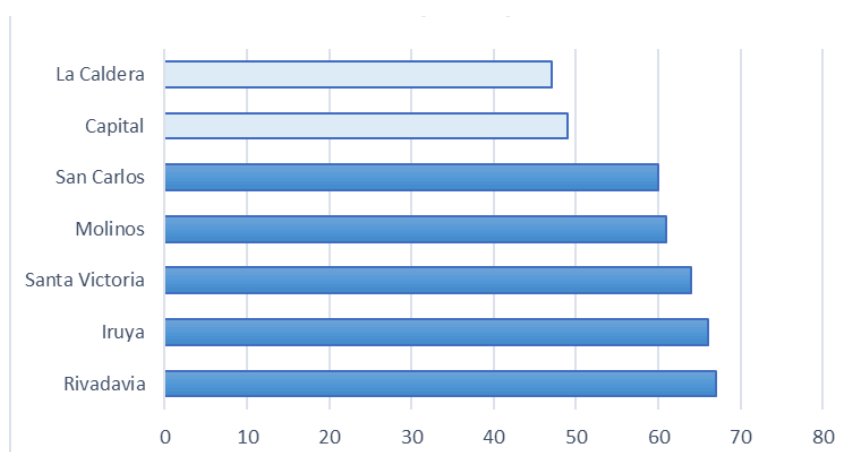


Gráfico 2. Índice de dependencia potencial. Elaboración propia en base al INDEC (2022)

Una característica notable de la provincia es su gran diversidad étnica y cultural. Un total de 142.870 personas se reconocen indígenas o descendientes de pueblos indígenas en el año 2022, representando casi un 10% del total, encabezando, junto con Jujuy, las provincias de Argentina con mayor población indígena. De este total, 53.956 son niños, niñas y adolescentes de 0 a 19 años. Cabe destacar que al menos 18 etnias cuentan con más de 100 personas auto adscritas en el territorio provincial, siendo las mayoritarias los pueblos guaraní, wichí, kolla, diaguita y personas que se reconocen indígenas pero no tienen información precisa sobre su filiación étnica. Por su parte, 10.632 personas se reconoce afrodescendiente o tiene antepasados negros o africanos.

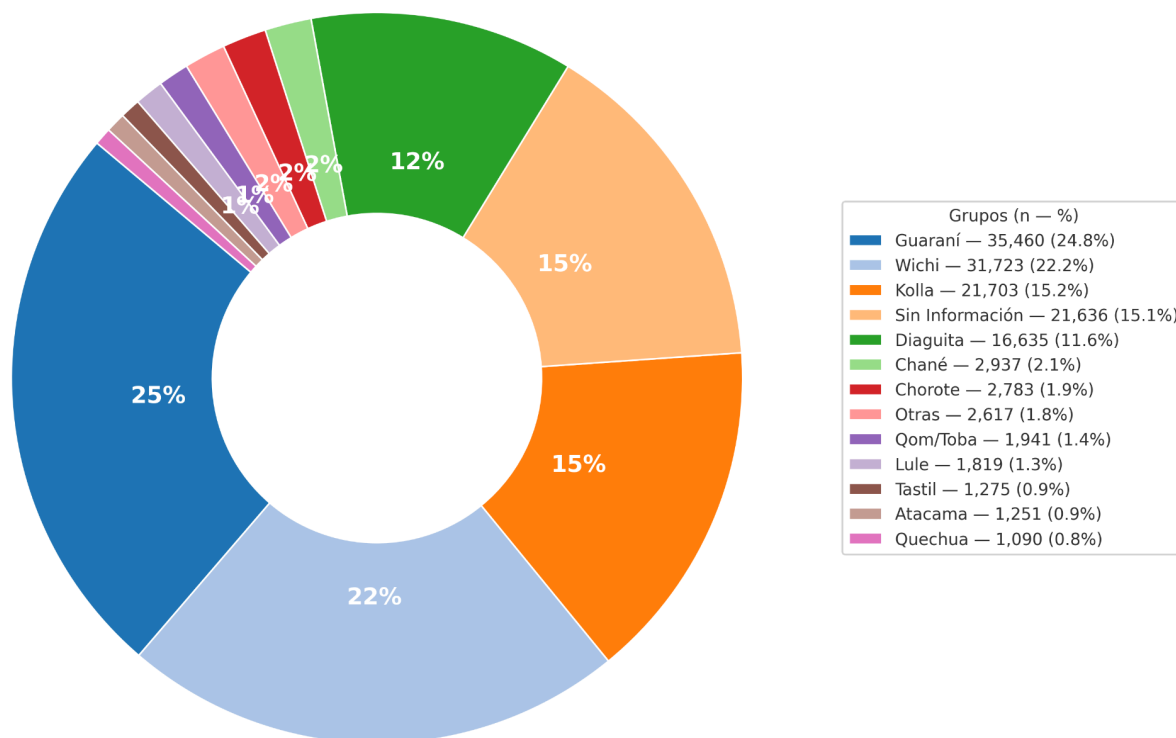


Gráfico 3. Población indígena en Salta por etnia/pueblo. Elaboración propia en base al INDEC (2022)

Con respecto a mediciones de pobreza por ingresos, de acuerdo al INDEC (2025) en el segundo semestre de 2024 el 32% de los hogares del principal aglomerado urbano de la provincia se encontraba bajo la línea de pobreza, así como el 41,2% de las personas. Por su parte, en el primer semestre de 2024 un 44,3% de los hogares y un 52,2% de las personas, se encontraban en esta situación. En ambos periodos, las mediciones están por encima de la media nacional de 31 aglomerados urbanos. Respecto a mediciones específicas de pobreza de hogares con población infanto juvenil en Salta, solo se encuentran en un informe específico de la SENAF (2022) para el segundo semestre de 2021, donde se indicaba que la incidencia de la pobreza en hogares con niños, niñas y adolescentes del aglomerado urbano de Salta, durante el mismo periodo alcanzaba al 45,1% de los hogares, mientras que la incidencia de la pobreza y la indigencia en hogares (en general) alcanzaba el 30%. Estos datos, si bien no se presentan en correlación directa, hablan de inferencias que ya han sido señaladas por la Defensoría Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes en su Nota Técnica N° 21. Allí se exponen que la pobreza en la niñez y la adolescencia en Argentina constituye un fenómeno estructural y persistente que supera sistemáticamente a la pobreza adulta. A lo largo del período 2016–2025, la pobreza infantil (a nivel nacional) nunca desciende del 40% y se mantiene

de manera constante entre 1,5 y 2 veces por encima de la registrada en la población de 18 años y más. En el primer semestre de 2025, el 46,1% de niñas, niños y adolescentes vive en hogares cuyo ingreso no alcanza para cubrir la Canasta Básica Total, confirmando la vulnerabilidad de este grupo frente a los ciclos macroeconómicos. El análisis histórico revela que los picos de pobreza infantil, como el 67,1% en el primer semestre de 2024, se explican por shocks inflacionarios, devaluaciones y pérdida del poder adquisitivo, mientras que las disminuciones posteriores responden a la desaceleración de la inflación y a la recuperación relativa de los ingresos, particularmente aquellos vinculados a políticas de transferencia como la AUH o la Prestación Alimentar.

El informe destaca que la composición de los hogares y la participación laboral son factores centrales en la reproducción de estas desigualdades. Los hogares con niñas, niños y adolescentes presentan menores niveles de participación laboral adulta y más integrantes dependientes, lo que reduce el ingreso per cápita y aumenta la exposición a la pobreza. Mientras los hogares sin NNyA presentan una participación laboral promedio del 77% y una pobreza del 17,2%, aquellos con cuatro o más NNyA exhiben una participación de solo 23% y una pobreza que alcanza el 90,9%. Esto confirma la existencia de un patrón estructural en el que la menor proporción de adultos ocupados, combinada con mayores necesidades básicas, genera un círculo de desventajas acumuladas que se reproduce incluso en períodos de recuperación económica.

Por su parte, la cartografía “Indicadores de Vulnerabilidad de las Infancias” desarrollada por De Grande y Rodríguez (2023), reúne 21 indicadores que describen la incidencia y la desigualdad en la distribución territorial de los factores de vulnerabilidad de la población infantil entre 0 y 5 años en la Argentina según datos del Censo 2010. Aunque estos datos no son actuales, permiten visualizar la complejidad y heterogeneidad territorial de las condiciones de vida de niñas y niños en su primera infancia en el territorio provincial. A continuación detallaremos algunos de estos indicadores como el acceso a servicios domiciliarios, aspectos vinculados a las condiciones de la vivienda, carencias críticas (necesidades básicas insatisfechas -NBI-, inseguridad alimentaria, pobreza crónica) y aspectos de la composición familiar de sus hogares.

De acuerdo a esta base de datos, en la provincia de Salta un 34,9% de niños y niñas de 0 a 5 años vivían en hogares con al menos un indicador de NBI. Asimismo, el 11,6% de

niñas y niños se encontraba con alto riesgo de Inseguridad Alimentaria (decil 10). Un 9,9% de ellos/as vivían en hogares sin agua para beber y cocinar proveniente de la red pública y un 69,1% en hogares con garrafa o leña como combustible usado principalmente para cocinar. Un 24,9% de niñas y niños viven en hogares con hacinamiento (más de 3 personas por cuarto) y un 30,6% en hogares con jefatura femenina.

Este conjunto de indicadores también nos permite visualizar las heterogeneidades dentro del territorio provincial para lo cual presentamos los valores más disímiles en la Tabla 1, tal como es el caso de los departamentos de Rivadavia y Capital. Sin embargo, en la misma capital los radios censales correspondientes a barrios del área periurbana presentan indicadores relativamente deficitarios para la primera infancia, en relación a otras zonas de la ciudad. Encontramos que el 70% de NN del departamento Rivadavia vive en hogares con al menos un indicador de NBI (frente al 25,4% en la capital de la provincia), y el 49,1% del total presenta un alto riesgo de Inseguridad Alimentaria (decil 10) en contraste con el 2,9% en Salta Capital. El 45,3% de NN vive en hogares sin agua para beber y cocinar proveniente de la red pública (mientras que el 3,1% lo hace en la capital) y un 99,5% viven hogares con garrafa o leña como combustible usado principalmente para cocinar (versus un 50,6% en capital). El 54,5% vive en hogares con hacinamiento -más de 3 personas por cuarto- (frente al 19,8% en Salta Capital) y el 29,5% lo hace en hogares con jefatura femenina, mientras que este número es el único que varía en sentido opuesto: 32,8% de NN viven en hogares de jefatura femenina en Salta Capital.

Departamentos	NN (0-5) en hogares con al menos un indicador de NBI (%)	NN con alto riesgo de Inseguridad Alimentaria (decil 10) (%)	NN en hogares sin agua para beber y cocinar proveniente de la red pública (%)	NN en hogares sin cañería de agua en la vivienda (%)	NN en hogares con garrafa o leña para cocinar (%)	NN en hogares con hacinamiento (≥ 3 personas por cuarto) (%)	NN en hogares con jefatura femenina (%)
Rivadavia	70,0	49,1	45,3	84,4	99,5	54,5	25,9
Orán	46,9	14,9	10,0	41,4	82,2	29,5	30,2
General José de San Martín	43,5	20,0	7,9	42,1	75,0	30,9	27,9
Anta	42,7	19,0	12,1	44,5	99,0	28,8	28,9
Iruya	40,7	34,6	39,4	66,2	97,9	27,2	29,9
Capital	25,4	2,9	3,1	18,6	50,6	19,8	32,8
La Caldera	22,5	4,1	17,7	22,6	64,2	16,6	30,3

Tabla 1. Indicadores seleccionados por departamento. Elaboración propia en base a De Grande (2023)

Dentro de la capital salteña, se observa que tanto en la zona sudeste, norte y oeste de la ciudad, se concentran radios censales con indicadores de vulnerabilidad para las infancias más acuciantes. Por ejemplo, en uno de los radios censales que se corresponde con el barrio Gauchito Gil (zona sudeste), un 83,5% de NN viven en hogares con al menos un indicador de NBI y un 22,6% de ellos presenta alto riesgo de Inseguridad Alimentaria (decil 10). En un radio censal que se corresponde con el barrio Juan Manuel de Rosas (zona norte), el 43,8% de NN viven en hogares con al menos un indicador de NBI y el 11,7% presenta alto riesgo de Inseguridad Alimentaria (decil 10).

Por otro lado, haciendo referencia a estudios que abordan particularmente aspectos de la salud de niñeces y adolescencia hallamos como un antecedente relevante al documento “Indicadores de Salud Integral en las Adolescencias de Salta 2020-2022” realizado por UNICEF Argentina en el marco del Proyecto Salud Adolescente y llevado adelante por la Dirección de Materno e Infancia del Ministerio de Salud Pública de Salta. En el apartado “Salud Mental en adolescencias” se presentan las primeras causas,

según CIE-10, de consultas de salud mental y las más frecuentes en adolescentes de 10 a 19 años en toda la provincia.

En la región sanitaria Norte las causas más prevalentes en adolescentes de 10 a 14 años están relacionadas con trastornos emocionales y del comportamiento, vinculados al contexto familiar. Entre los 15 y 19 años, se suman las causas relacionadas al desarrollo de las capacidades escolares y los trastornos de la ingestión de alimentos. En la región sanitaria Sur, aparecen con mayor prevalencia los trastornos de ansiedad, también depresión y problemas relacionados a la educación. En el grupo de 15 a 19 años, al igual que en la región sanitaria Norte, surgen los trastornos de la ingestión de alimentos y se suman las problemáticas asociadas al consumo de alcohol. En la región sanitaria Oeste, se manifiesta mayor frecuencia de consultas por problemas relacionados con la crianza en ambos grupos de edad, al igual que la violencia de género. Por otro lado, prevalecen los trastornos de comportamiento y de ansiedad en adolescentes de 10 a 14 años y en la adolescencia tardía, problemas por discordias y consultas por retraso mental. En la región sanitaria Centro, que abarca la capital, las consultas por abuso sexual ocupan un lugar central en ambos grupos etarios. En la adolescencia temprana también los trastornos del comportamiento y de ansiedad; y en la adolescencia tardía, problemas relacionados al consumo de alcohol.

En líneas generales, se puede mencionar que en adolescentes de 10 a 14 años las causas más frecuentes están vinculadas a trastornos del comportamiento y de ansiedad. En el grupo de 15 a 19 años, las consultas además, son por consumo problemático de alcohol, violencias y trastornos de la ingestión de alimentos.

Por otra parte, en el apartado referido a “Discapacidad en las adolescencias” se presenta la situación de adolescentes de 10 a 19 años con discapacidad, durante 2020-2022, sobre la base de los datos proporcionados por la Secretaría de Discapacidad del Ministerio de Salud de Salta, en un registro dinámico de todas las personas con discapacidad certificadas a través del Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente.

Los adolescentes de 10 a 19 años con CUD vigente en Salta entre 2020 y 2022 (3358), representan el 1,3% del total del promedio de la población adolescente para los años mencionados. Del total de adolescentes con CUD vigente el mayor porcentaje se ubica en Salta capital con el 50,1% (1683); seguido de los departamentos de Orán y General San Martín con 11,8% (396) y 7,7% (260), respectivamente. La mayor parte de esta población

tiene una discapacidad intelectual (56,55%), seguida por quienes presentan una discapacidad mental y por quienes tienen más de un tipo de discapacidad.

Por último, y en relación a las personas con discapacidad en la provincia, incluimos algunas referencias al Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad realizado por el INDEC en 2018. Cabe señalar que constituye una de las pocas fuentes de información de alcance nacional que cuantifica y caracteriza a la población con dificultades en funciones básicas, como ver, oír, moverse, comunicarse, aprender, recordar y cuidar de sí misma. Este estudio indica que la prevalencia de población con dificultad de 6 años y más, es 10,2%, lo cual en términos absolutos, se corresponde con una estimación de 3.571.983 personas en el territorio nacional. Si bien el estudio no profundiza en la caracterización de la población menor a 6 años, indica que la prevalencia de la población de este grupo de edad es del 2,7%.

El estudio es representativo de las 6 áreas demográficas del país, aunque no brinda posibilidades de desagregar los datos por provincia, motivo por el cual presenta ciertos límites como referencia en este trabajo. Sin embargo, consideramos algunos resultados resonantes con nuestro interés. Uno de ellos es el porcentaje del tipo de dificultad prevalente por grupo de edad (Gráfico INDEC 7.5). Se distingue a los grupos de edad de la siguiente forma: 0 a 5; 6 a 14 y de 15 a 65, de manera que solo contamos con referencias para el grupo etario que va de 6 a 14 años. Respecto a estos NNyA, que en el total de la población con dificultad (de 6 años y más) representan un 7,8%, entre quienes tienen solo certificado de discapacidad alcanzan el 15,1%. Asimismo, mientras que en el total de la población con una sola dificultad, NNyA son el 6,8%, entre quienes tienen dificultad solo mental-cognitiva, representan el 26,0%, constituyéndose como el grupo de edad con mayor prevalencia de este tipo de dificultad.

Considerando algunos datos de la población del Noroeste de la Argentina, si bien los datos del estudio no están desagregados por grupo de edad, observamos un aspecto llamativo, la prevalencia de población con dificultades mentales-cognitivas es la más alta del país: 15,7%.

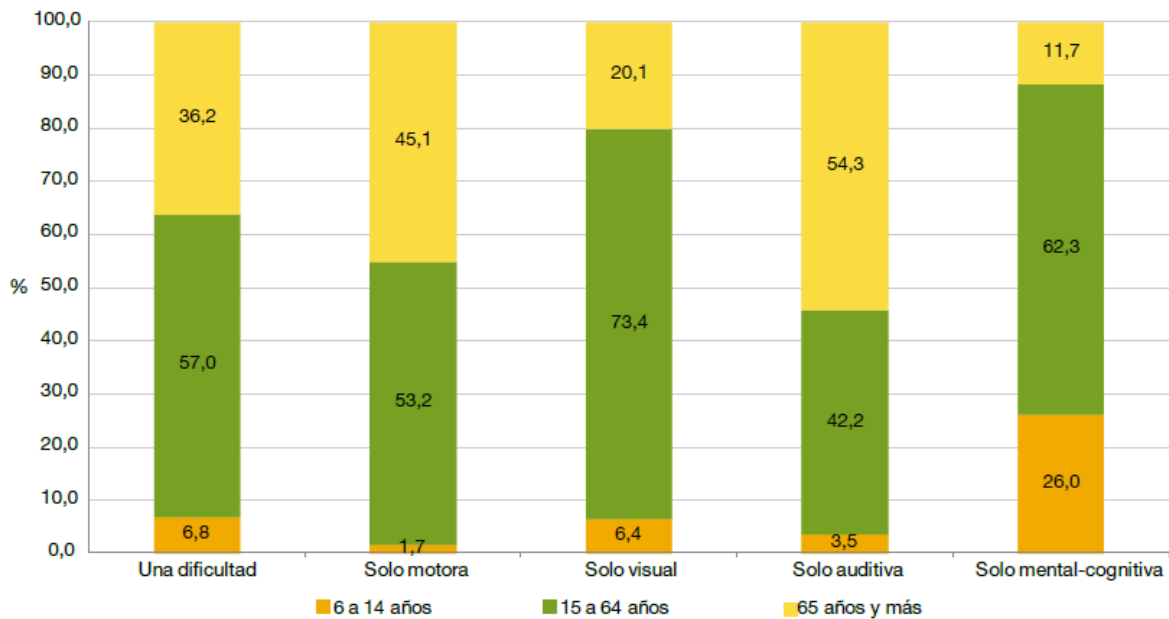


Gráfico 4. Población de 6 años o más con una sola dificultad, según grupo de edad. Fuente: INDEC, 2018. Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad.

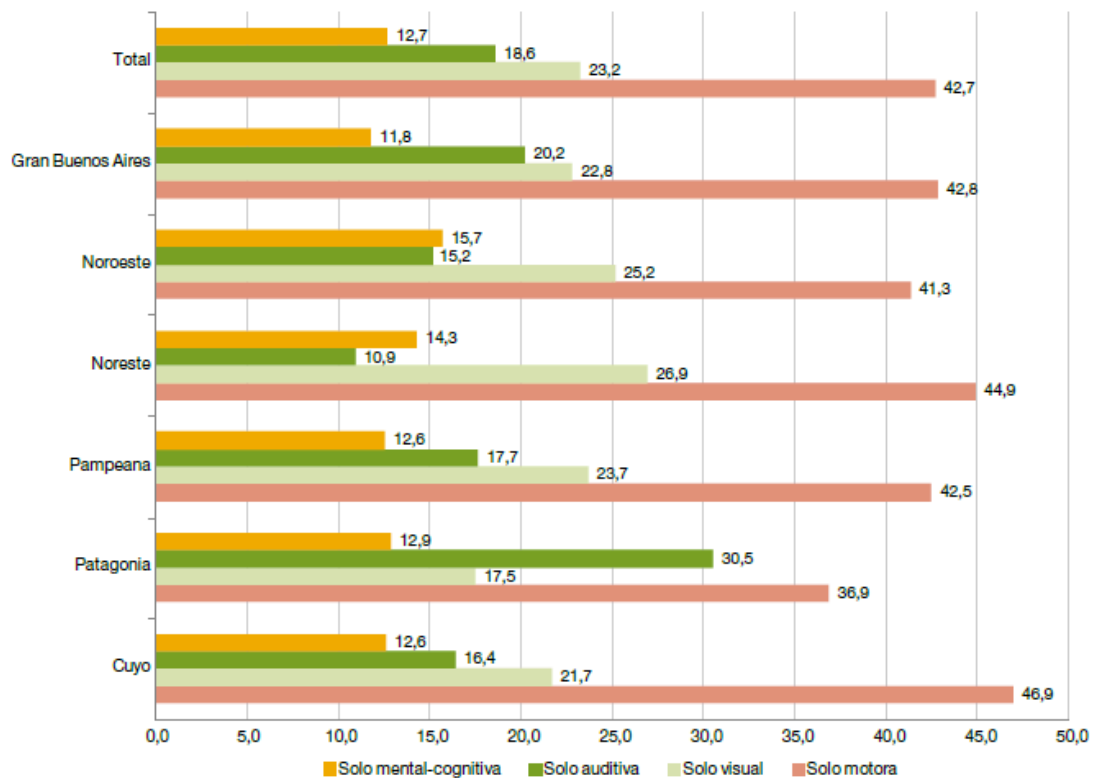


Gráfico 5. Población de 6 años o más con una sola dificultad por tipo de dificultad más prevalente, según región. Fuente: INDEC, 2018. Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad.



Gráfico 6. Población con dificultad por tenencia y vigencia del certificado de discapacidad, según grupo de edad. Fuente: INDEC, 2018. Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad.

Otro de los datos significativos del estudio nacional a los fines de este trabajo son aquellos que señalan que el porcentaje de población con dificultad que tiene certificado de discapacidad vigente disminuye a medida que aumenta la edad. Entre los niños de 0 a 5 años, el 64,8% poseen certificado de discapacidad vigente.

Finalmente, destacamos los resultados en un Informe de la iniciativa MUNA, centrada en el abordaje de temáticas vinculadas a la salud mental, teniendo en cuenta la preocupación de los equipos técnicos municipales y de los mismos adolescentes respecto al impacto de estas problemáticas en las infancias y las adolescencias. “#MunaTeEscucha, hablemos de salud mental” consistió en un relevamiento a nivel nacional vía U-Report (plataforma de participación de UNICEF) donde participaron alrededor de 6000 adolescentes de entre 13 a 24 años.

Como parte de esta iniciativa participaron dos municipios de la provincia de Salta: Embarcación y General Güemes en los cuales el equipo de ANDHES venía sosteniendo un trabajo de acompañamiento y tutoría desde el año 2023 a través de la Línea Participación Adolescente. A continuación destacamos algunos de los datos salientes desde la perspectiva de adolescentes salteños/as sobre la salud mental.

Para adolescentes de ambas localidades, el factor que más afecta la salud mental de su franja etaria es la “Discriminación / Bullying / Ciberbullying” (33%), seguida de “Presión en los vínculos familiares” (22%), “Presión o carga escolar” (16%), “Violencia / acoso / abuso” (10%), “Consumo de sustancias” (6%) entre otros factores.

En general, las adolescencias señalan que en sus casas “Raramente” (33%), “Nunca” (26%) u “Ocasionalmente” (17%) se habla de temáticas relacionadas a la salud mental. Solo un 11% indicaron que “Muy frecuentemente”.

En cuanto a las personas o espacios que referencian como lugares a donde acudir frente a algún malestar relacionado a la salud mental, la mayoría de los y las adolescentes de ambas localidades destaca a sus amistades y personas de confianza (43%). En segundo lugar se ubica “Nadie” con un 27%, seguido de sus familias 23%.

Al consultarles sobre si en su comunidad se generan suficientes campañas o acciones para abordar la temática de salud mental adolescente, indicaron en su mayoría que “Raramente” u “Ocasionalmente” (35% y 24% respectivamente), en tanto que el 26% de los encuestados respondió “Nunca”. Solo un 16% indicó “Frecuentemente” o “Muy frecuentemente”.

Preguntas y aproximaciones iniciales

En los apartados previos, intentamos desarrollar una fundamentación conceptual clave para abordar la salud mental y la discapacidad desde un enfoque integral, interseccional y de derechos humanos. Reseñamos algunas definiciones clásicas de salud de la OMS así como la concepción ampliada de salud mental según la Ley Nacional N° 26.657, destacando el carácter histórico, social, económico y cultural del sufrimiento psíquico. Retomamos conceptualizaciones desde la Psicología Comunitaria que sitúan el malestar como una experiencia intersubjetiva atravesada por vínculos y condiciones de vida. Asimismo, retomamos el modelo social de discapacidad propuesto por la CDPD, que subraya la interacción entre deficiencias y barreras del entorno. A ello sumamos el aporte de los estudios críticos, que problematizan las nociones de normalidad y proponen una lectura interseccional de la discapacidad. Finalmente, y en específico, en cuanto al retraso mental, revisamos su definición desde el CIE-10, abordando sus niveles diagnósticos y subrayando el potencial de mejora mediante intervenciones apropiadas.

En otro bloque de definiciones fundamentales, profundizamos en la estrecha y compleja relación entre pobreza y discapacidad, con base en estudios de UNICEF y diversas investigaciones en América Latina, que demuestran su carácter bidireccional y estructural. Se introduce la noción de accesibilidad a la salud como encuentro entre sujetos y servicios, abordando las barreras geográficas, económicas, administrativas, culturales y simbólicas. Finalmente, se analiza el uso del Certificado Único de Discapacidad como herramienta de acceso, pero también como dispositivo de estigmatización, según Levin (2024), quien destaca el rol activo de los equipos de salud en resignificar su uso en contextos de precariedad y fragmentación estatal.

Por su parte, mediante una caracterización detallada y multidimensional de la situación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en la provincia de Salta, presentamos datos sociodemográficos, indicadores de pobreza, estudios de salud mental y registros específicos de discapacidad. A partir de fuentes oficiales (Censo 2022, INDEC, SENAF, UNICEF, entre otras) destacamos las profundas desigualdades territoriales y sociales que atraviesan a la población infantojuvenil, especialmente en departamentos como Rivadavia o en zonas periurbanas de la capital provincial, donde los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas, inseguridad alimentaria, condiciones habitacionales

y acceso a servicios son alarmantes. Asimismo, señalamos los principales motivos de consulta en salud mental en adolescentes, según región sanitaria, revelando problemáticas diferenciales por edad y territorio, así como la prevalencia de discapacidades intelectuales y mentales en adolescentes con Certificado Único de Discapacidad. Finalmente, se recuperan las percepciones de adolescentes de Embarcación y Gral. Güemes sobre la salud mental, evidenciando la centralidad de factores como la discriminación y los vínculos familiares, la escasa referencia a instituciones de apoyo, y el predominio de estrategias de afrontamiento individuales ante el malestar psíquico.

Con este recorrido delineamos la siguiente pregunta que dará lugar a la presentación de los datos producidos en nuestro trabajo, la cual intenta acercarse a la respuesta de: ***¿cómo inciden las condiciones estructurales de pobreza, las barreras de accesibilidad y los enfoques institucionales en el acceso a la salud integral de niñas, niños y adolescentes con discapacidades mentales e intelectuales en la provincia de Salta?***

Desde el enfoque conceptual detallado y la contextualización realizada, partimos de la conjetura de que el acceso a la salud de niñas, niños y adolescentes con discapacidades mentales e intelectuales en Salta se encuentra condicionado por un entramado de desigualdades territoriales, barreras estructurales (económicas, culturales, simbólicas y administrativas) e instituciones fragmentadas y desarticuladas, que reproducen situaciones de exclusión, a pesar del marco legal vigente que promueve una atención integral e interseccional basada en derechos.

Para acercarnos a la respuesta de nuestra pregunta guía inicial, presentamos una serie de datos producidos por el equipo de Andhes entre julio de 2024 y marzo de 2025 que responden a tres aproximaciones a esta primera conjetura: ¿qué nos dice la información pública?, ¿qué perspectivas y experiencias tienen los y las agentes estatales? y finalmente; ¿cuáles son las valoraciones de los y las profesionales de la salud?

En primer lugar presentaremos un análisis de respuestas de Pedidos de Acceso a la Información Pública de tres organismos (algunos provinciales y otro nacional) con datos que ilustran el panorama general de las niñeces con discapacidad en la provincia; un análisis de entrevistas detalladas realizadas a profesionales de la salud y funcionarios estatales que tienen contacto con la problemática en diferentes territorios de la

provincia y finalmente, una aproximación a valoraciones y percepciones generales sobre la temática de profesionales de la salud mediante una encuesta en línea.

Las técnicas mixtas empleadas, tanto cualitativas como cuantitativas, nos permiten avanzar en una primera caracterización del panorama provincial, al mismo tiempo que abren nuevos y más profundos interrogantes sobre el vínculo estructural entre condiciones de vida vulnerabilizadas, las discapacidades mentales y estructurales y el acceso a la salud pública de niñeces y adolescencias en su expresión situada en el contexto local de la provincia de Salta.

¿Qué nos dice la información pública?

Desde ANDHES realizamos un total de 4 pedidos de información pública. El primero de ellos dirigido a la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Salta solicitando la cantidad de prestaciones según códigos CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) que se registran en los servicios de salud mental de la provincia en los periodos 2023 y 2024 (disponibles) brindados a NNyA de entre 0 y 18 años, distinguiendo su género asignado al nacer y las áreas operativas³ donde dichas prestaciones se brindaron.

Por su parte, se presentó un pedido de información pública a la Agencia Nacional de Discapacidad así como a la Secretaría de Discapacidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Salta, solicitando información referida a Certificado Único de Discapacidad (CUD) emitidos en la Provincia de Salta, en los periodos 2023 y 2024 (disponibles), desagregados por franja etaria (0 a 18 años) de los y las titulares, su género, el departamentos de residencia y los diagnósticos según CIE 10.

Por último se solicitó a la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) el número de Pensiones por Discapacidad que se encuentren activas en la provincia de Salta en los periodos 2023 y 2024 (disponibles), correspondientes a la franja etaria de 0 a 18 años, el género de sus titulares, los departamentos de la provincia donde residen y los diagnósticos según CIE 10 que sustentan la pensión.

De estos cuatro pedidos, recibimos tres respuestas de las cuales desarrollaremos los aspectos significativos para este trabajo. A su vez, consideramos un dato en sí mismo, el hecho que el área con mayor pertinencia en materia de este trabajo, la Secretaría de Discapacidad de la provincia de Salta, hasta la fecha no dió respuesta al pedido remitido en octubre de 2024.

³ El sistema de Salud en la Provincia de Salta se organiza, en primer lugar, en base a Regiones Sanitarias. Estas son: las regiones norte, sur, oeste y capital. Al hablar de áreas operativas, nos referimos a la demarcación geográfica para la planificación, prestación y gestión de los servicios sanitarios. Disponible en https://boletinoficialsalta.gob.ar&sa=D&source=docs&ust=1755727461408563&usq=AOvVaw0bdKBMutFroIFJ2_RhZWSE

Institución a la cual se dirigió el pedido	Fecha de pedido de información	Fecha de respuesta	¿La respuesta incluyó todos los datos solicitados?
Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Salta	20 de Septiembre del 2024	29 de Octubre del 2024	Si
ANSES/Agencia Nacional de Discapacidad	03 de Octubre del 2024	13 de Noviembre del 2024	Si, pero de forma incompleta.
Secretaría de Discapacidad del Ministerio de Salud de Salta	04 de Octubre del 2024	N/A	No
Agencia Nacional de Discapacidad	07 de Octubre del 2024	22 de Octubre del 2024	Si

Tabla 2. Elaboración propia.

Consideramos que los datos aquí presentados deben ser interpretados con cautela. En primer lugar, es preciso tener en cuenta los múltiples y complejos procesos administrativos que los producen, muchas veces con grandes dificultades e incongruencias, tal como señalan las mismas respuestas de los órganos a nuestros pedidos de información. Asimismo, se observan recortes realizados tanto por las instituciones como en el marco de este trabajo. Es por ello que los presentamos inicialmente, sin olvidar estas salvedades y a pesar de las limitaciones del análisis, sin considerarlos autoevidentes.

Finalmente hace falta señalar que constituye un esfuerzo significativo que, desde una organización de la sociedad civil, procuremos una aproximación que aunque inicial, resulta pionera frente al gran vacío de datos oficiales respecto a múltiples problemáticas sociales, tales como el acceso a la salud de NNyA con discapacidades mentales e intelectuales en la provincia de Salta.

Diagnósticos relacionados a discapacidades mentales e intelectuales de NNyA

En primer lugar, señalamos los datos salientes informados por la Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta en octubre de 2024. Esta información resulta significativa en relación a que los diagnósticos de Salud Mental forman parte de las valoraciones médicas y psicológicas requeridas por el circuito burocrático en el cual niñas, niños y adolescentes y sus familias ingresan a la hora de certificar una discapacidad. De esta manera, un primer dato cuantitativo puede visualizarse en la cantidad de diagnósticos bajo las codificaciones F70 y F79 referidos a "Retraso Mental" según CIE 10 (también conocidos como "Discapacidad Intelectual"). Estas clasificaciones agrupan diferentes niveles de gravedad y características asociadas a esta condición, que se manifiestan con limitaciones en el funcionamiento intelectual y adaptativo.

La Secretaría de Salud Mental y Adicciones fue la única en elaborar una respuesta a modo de informe, detallando la procedencia de los datos (solo del primer semestre de 2024), y su contexto. En él, señalaban que los diagnósticos proporcionados habían sido extraídos de sistemas oficiales de información sanitaria, entre ellos el sistema provincial Salud Federal Salta (SAFESA) y del sistema nacional SNVS 2.0 (SISA). Sobre ellos, advertían que es necesario tener en cuenta diversas variables que intervienen a la situación actual, como por ejemplo el hecho de que hasta la fecha, muchas Áreas Operativas y Centros de Salud de atención primaria no cuentan con cobertura de profesionales de salud mental, y que el año y momento de implementación de los sistemas de información sanitaria, no son coincidentes entre la totalidad de las Áreas Operativas sanitarias. Finalmente señalaron, no contar con pleno acceso a la información según tipo de establecimiento y codificaciones utilizadas, para poder realizar una aproximación de la magnitud, incidencia y prevalencia de los problemas de salud mental en la franja etaria indicada. A pesar de ello, el informe remitido presenta datos significativos a los fines de caracterizar el acceso a la salud integral de NNyA con discapacidad en nuestra provincia.

En primer lugar indicaron que durante el primer semestre del año 2024 se notificaron en el sistema SAFESA: 71.462 eventos relacionados con la salud mental, de los cuales el 18,7% (13.371) corresponde a la población infanto-juvenil. Sobre ese total, la gran mayoría

(un 92,98%) fueron turnos otorgados, mientras que el mínimo restante fueron hospitalizaciones y atención en guardia. Por su parte, el porcentaje de consultas de la población infanto-juvenil (un total de 13661), se descompone en grupos etarios diferenciados. La cantidad de consultas va ascendiendo conforme asciende la edad de NNyA, siendo la franja de 15 a 18 años la mayoritaria (41,2%).

De estos eventos registrados el 71,46% corresponden a diagnósticos del CIE-10; la mayoría de ellos fueron realizados en la Región Sanitaria Centro (55%), mientras que un 20% se realizaron en la Región Oeste, un 13,5% en la Región Norte y un 11% en la Región Sur.

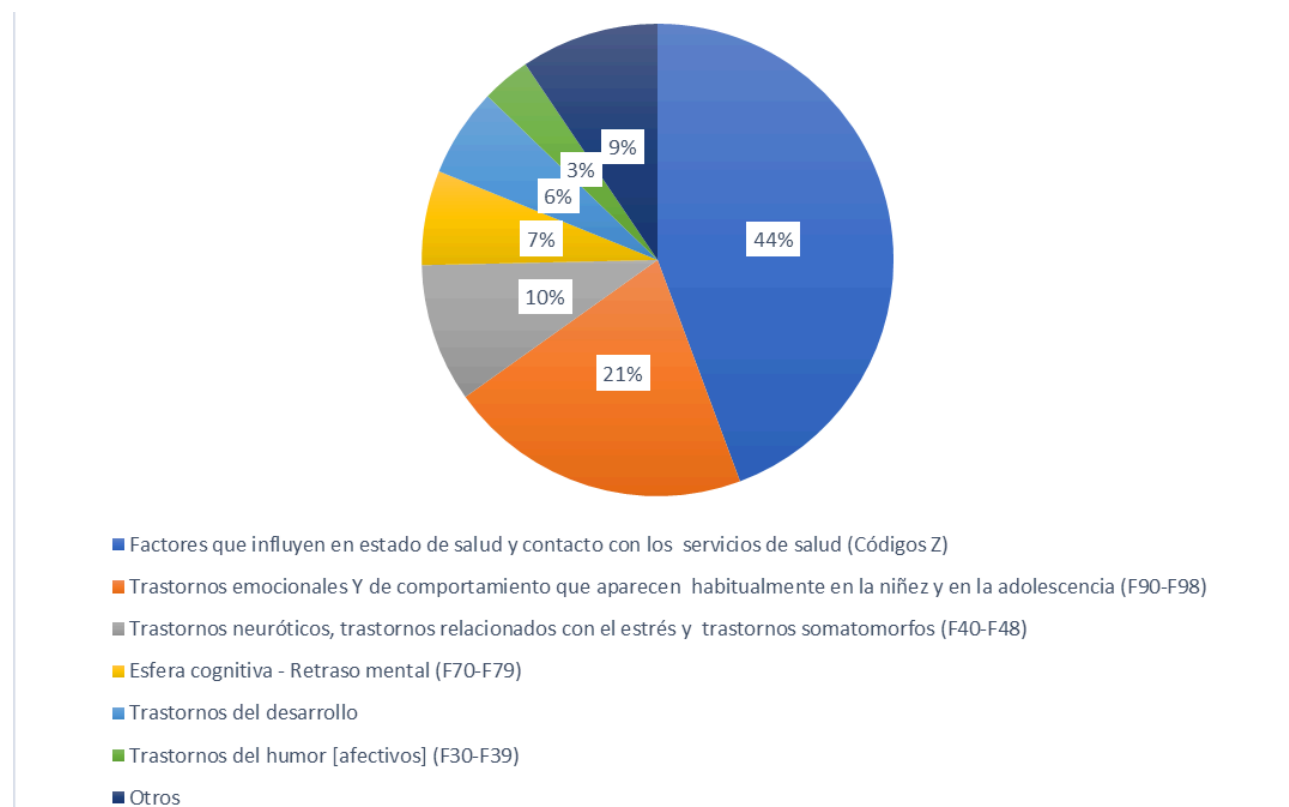


Gráfico 7. Principales diagnósticos de la población infanto-juvenil en salud mental (Primer semestre 2024)
Elaboración propia en base a Informe de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de Salta.

Como se puede observar en el gráfico, los diagnósticos se encuentran, en primer lugar, concentrados en los llamados códigos Z del CIE 10 (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud), y luego, otros diagnósticos dispersos en 10 categorías restantes. A modo de comprimir esta dispersión para poder visualizar el

código “Esfera cognitiva - Retraso mental (F70-F79)” que atañe principalmente a este trabajo, reunimos en la categoría “Otros” a los códigos de menos del 3% del total. Estos son “Suicidio” (2%); “Trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” (2%); “Violencia de género” (2%); “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-F29) (2%) y “Abuso sexual infantil” (1%).

Certificado Único de Discapacidad de NNyA

El día 04/10/2024 mediante nota presentada ante la Secretaría de Discapacidad del Ministerio de Salud de Salta, solicitamos información referida a la cantidad de CUDs emitidos en la provincia de Salta. En comunicación telefónica desde la Secretaría, nos indicaron que debíamos acotar el objeto de nuestra solicitud y reducir los códigos CIE 10, para que así pudieran solicitar esa información ante la Agencia Nacional de Discapacidad. Ante esta solicitud, y advirtiendo que por la plataforma Trámites a Distancia se puede solicitar de manera más expedita la información, requerimos directamente a la Agencia Nacional de Discapacidad la información referida a los CUDs, el día 07/10/2024, recibiendo la respuesta el 22/10/2024, donde nos informaron desde su Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios:

1. CUD vigente según año de emisión por grupos quinquenales seleccionados.
2. CUD vigente según identidad de género por grupos quinquenales seleccionados (de 0 a 4 años; de 5 a 9 años; de 10 a 14 años; de 15 a 18 años).
3. CUD vigente según departamento por grupos quinquenales seleccionados.
4. CUD vigente según tipo de deficiencia por grupos quinquenales seleccionados.
5. Principales clasificaciones de CIE-10 certificadas en CUD de personas entre 10 y 18 años.
6. Principales clasificaciones de CIE-10 certificadas en CUD de personas entre 10 y 18 años con Deficiencia Intelectual.

En base a la respuesta de este organismo se desprenden una serie de consideraciones. Durante el año 2023 se emitieron un total de 5.334 CUDs en toda la provincia. De ellos, 3.047 pertenecían a la franja etaria de 0 a 9 años, mientras que 2.287 eran de NNyA de 10 a 18 años. Esto puede deberse a que a partir del inicio de los procesos de

escolarización de NNyA, también se van consolidando los procesos de detección y certificación de estas discapacidades y por lo tanto, de acceso a este tipo de apoyos de la seguridad social. La escuela funciona como un “identificador” de dificultades tales como la adquisición de competencias como la lectoescritura, más que nada en aquellos casos donde este tipo de rasgos hayan sido inadvertidos, no atendidos por diversos motivos, o comprendidos de otra forma por parte las familias.

En lo que respecta al año 2024 -hasta octubre de ese año- se habían emitido 3.904 CUDs. Entre ambos años, se registraba entonces un total de 9.238 CUDs emitidos y vigentes. Sin embargo la respuesta de la Agencia Nacional de Discapacidad no registra el total vigente en toda la provincia, solo los emitidos y vigentes en esos dos periodos solicitados. De ese total, 6.073 son de género masculino, 3.163 de género femenino, 1 de género no binario, y 1 identificado como “otro”.

El 46.1% de los CUDs emitidos durante esos dos periodos, fueron en el departamento Capital, y en los departamentos de Orán, San Martín y Rivadavia el 23.5 %, y el restante distribuido en los otros 19 departamentos. Esto tiene correlato con las cantidades de habitantes de estos departamentos, siendo que la capital salteña en 2022 tenía 168.924 NNyA de entre 0 y 17 años (que representan el 27% en relación a la población total del departamento), seguida del departamento San Martín con un total de 62.725 de NNyA de entre 0 y 17 años (que representan el 35.34% en relación a la población total del departamento); 54.679 NNyA vivían en el departamento de Orán (siendo el 34.23% en relación a la población total del departamento). Ahora bien, el cuarto departamento con mayor cantidad de habitantes de la provincia es Anta (con un total de 28.751 NNyA de entre 0 y 17 años), sin embargo es en el departamento de Rivadavia el que -de acuerdo con la información proporcionada por Agencia Nacional de Discapacidad- presenta la mayor cantidad de CUDs de NNyA emitidos entre 2023 y 2024. Cabe resaltar también que el departamento de Rivadavia cuenta con una alta proporción de NNyA (41%) en su estructura demográfica.

Respecto al tipo de deficiencia certificada, el tipo Intelectual representa un 47.7% del total; Mental, constituye un 30.8%; Física Motora el 8.7%; Sensorial Auditiva, un 1.6%; Sensorial Visual tan solo un 1.5%, y Física Visceral tan solo un 1.2%. Respecto a aquellos casos con más de un tipo de deficiencia, representan el 8.4% del total. De estos datos, lo que llama la atención respecto al desagregado quinquenal etario, es que en los CUDs

emitidos con deficiencia mental de 0 a 4 años, se tiene una mayor cantidad (869 niños y niñas) que en las deficiencias intelectuales (183 niños y niñas). Aun así, en las deficiencias intelectuales, en las edades que se dispara la curva es entre 5 y 14 años, dando un total de 3.524 NNyA en esas dos franjas etarias quinquenales. Respecto a la detección de las deficiencias mentales, la curva se dispara entre 5 a 9 años (1.158), y luego se reduce de los 10 años en adelante (575 y 246). Asimismo, en las deficiencias físico motoras, la cantidad de niños detectados a temprana edad, tiende a decrecer conforme su crecimiento (400 de 0 a 4 años; 183 de 5 a 9 años; 146 de 10 a 14 años; 77 de 15 a 18 años).

Por su parte, a partir del cuadro 5 y 6, la Agencia Nacional de Discapacidad solo brinda datos referidos a la franja etaria de entre 10 y 18 años, haciendo la siguiente aclaración: “Las cantidades no reflejan personas sino códigos. Cada persona puede tener hasta 8 códigos CIE-10 asociados a su certificado”. Al abordar el cuadro 5, sobre las principales clasificaciones CIE-10 certificadas en CUDs, se presentan los siguientes datos:

Clasificación	Código CIE-10	Cantidad
Retraso mental leve	F70	3,655
Autismo en la niñez	F84.0	1,976
Retraso mental moderado	F71	1,229
Anormalidades de la marcha y de la movilidad	R26	961
Trastornos generalizados del desarrollo	F84	378
Falta del desarrollo fisiológico normal esperado	R62	291
Síndrome de Down	Q90	289
Epilepsia	G40	225
Parálisis cerebral espástica	G80.0	190
Retardo del desarrollo	R62.0	189
Alteraciones del habla, no clasificadas en otra parte	R47	173
Síndrome de Asperger	F84.5	152
Cuadriplejía espástica	G82.4	148
Hipoacusia neurosensorial bilateral	H90.3	148
Visión subnormal de ambos ojos	H54.2	129
Retraso mental grave	F72	122
Falta de desarrollo fisiológico normal esperado, sin otra especificación	R62.9	119
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	F84.9	101
Hemiplejía espástica	G81.1	95

Parálisis cerebral infantil	G80	72
Total		10642

Tabla 3. Principales clasificaciones de CIE-10 certificadas en CUD de personas entre 10 y 18 años. Fuente:
Informe de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de Salta

El total de códigos utilizados asciende a 10.642 códigos. De los cuales, 6.030 representan códigos intelectuales (cuadro 6). De estos datos, se desprende que **las mayores deficiencias que se diagnostican, tienen que ver con las intelectuales y mentales, por encima de las motoras.**

Dentro de este grupo (intelectuales y mentales), las Principales Clasificaciones de CIE-10 certificadas en CUDs de personas entre 10 y 18 años con Deficiencia Intelectual, se verifican los siguientes resultados:

Clasificación	Código CIE-10	Cantidad
Retraso mental leve	F70	3,271
Retraso mental moderado	F71	1,053
Autismo en la niñez	F84.0	362
Anormalidades de la marcha y de la movilidad	R26	253
Síndrome de Down	Q90	175
Trastornos generalizados del desarrollo	F84	160
Epilepsia	G40	108
Retraso mental grave	F72	105
Parálisis cerebral espástica	G80.0	88
Cuadriplejía espástica	G82.4	83
Alteraciones del habla, no clasificadas en otra parte	R47	57
Retraso mental no especificado	F79	51
Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación	G80.9	48
Hemiplejía espástica	G81.1	43
Parálisis cerebral infantil	G80	37
Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia	R41	34
Retraso mental leve, que requiere atención o tratamiento	F70.1	28
Encefalopatía no especificada	G93.4	27

Clasificación	Código CIE-10	Cantidad
Hipoacusia neurosensorial bilateral	H90.3	25
Retraso mental profundo	F73	22
Total		6030

Tabla 4. Principales clasificaciones de CIE-10 certificadas en CUD de personas entre 10 y 18 años con Deficiencia Intelectual. Fuente: Informe de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de Salta

En base a este análisis de este cuadro, tenemos que del total (6.030) de deficiencias intelectuales, en el 54.24% de los CUDs emitidos tienen -entre los códigos detectados- algún retraso mental leve. Y luego el 17.46%, a retraso mental moderado. **En total en los CUD emitidos, los códigos F70, F70.1, F71, F72, F73 y F79, representan el 75.12% de los códigos que se utilizan en los CUDs emitidos.**

Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral a NNyA activas

El día 03/10/2024 mediante la plataforma Trámites a Distancia, se solicita ante la ANSES datos referidos a las “Pensiones por Discapacidad”. Por trámite interno desde la Agencia de Acceso a la Información Pública, se remitió el pedido a la Agencia Nacional de Discapacidad, para su respuesta el día 13 de Noviembre del 2024, aclarando que el nombre técnico del apoyo económico a personas con discapacidad es “Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral”⁴.

La agencia adjuntó información sobre las pensiones que se encuentren activas en la provincia de Salta en los periodos 2023 y 2024 (disponibles), desagregados por franja etaria (de 0 a 9 años y de 10 a 18 años) y por género. Señaló en esta respuesta que:

“respecto de los datos requeridos en los puntos 3 y 4 de su pedido (“Departamentos de la provincia” y “Diagnósticos según CIE10”), la Agencia Nacional de Discapacidad

⁴ Correspondiente al Art. 9° de la Ley N° 13.478, su Decreto Reglamentario N° 432/1997 y sus respectivas normas modificatorias y complementarias. Están destinadas a personas que se encuentran imposibilitadas de trabajar por razones de salud y en situación de vulnerabilidad social. Para acceder a esta pensión se debe acreditar el 66% de incapacidad, a través de certificado médico oficial (CMO) y con CUD vigente, entre otros requisitos. Estas pensiones actualmente -julio 2025- alcanzan el valor de \$286.506,35, mientras que en octubre de 2024 llegaban a \$241.024,39, incluyendo “un bono” de 70 mil pesos otorgado a todas las prestaciones previsionales por el gobierno nacional (información suministrada en la página www.anses.gob.ar).

no posee la información desagregada ni clasificada tal como se está solicitando, no estando obligado el sujeto requerido a procesarla o clasificarla en los términos del art 5° de la Ley 27.275”.

Estos datos, como mismo indica la Agencia Nacional de Discapacidad no cuentan con una referencia geográfica que permita conocer en qué departamentos de Salta viven NNyA con “Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral” activas y así poder ampliar el análisis en clave territorial. Sin embargo, en base a la lectura de los datos que fueron remitidos, fue posible observar que:

1. Hasta Octubre del año 2024, se encontraban activas 7.782 Pensiones No Contributivas de NNyA entre la franja de 0 a 18 años. Que comparado con el mismo periodo pero del 2023, se desprende que a esa fecha había 7.853 Pensiones No Contributivas vigentes de NNyA, lo que significa una disminución de 71 pensiones.
2. De ese total, en la franja etaria de 0 a 9 años, existen 1.937 Pensiones No Contributivas vigentes de las cuales 678 son niñas, y 1.259 son niños.
3. Del total, también se desprende que en la franja etaria de 10 a 18 años, hay un total de 5.845 Pensiones No Contributivas vigentes, de las cuales 2.378 son mujeres y 3.467 son varones.

Los últimos dos puntos marcan una composición mayoritaria de niños identificados con el sexo masculino en ambas franjas etarias, y una mayor cantidad de Pensiones No Contributivas entre NNyA de 10 a 18 años.

Por su parte, la información aportada por la Agencia Nacional de Discapacidad puede ser contrastados con los datos del censo 2022⁵ que identifica 461.479 NNyA de entre 0 a 18 años en la provincia. De esa población total de NNyA, aproximadamente solo el 1.78 % recibe una Pensión No Contributiva por invalidez.

Finalmente, cabe señalar que desde principios de 2025 la situación de las Pensiones No Contributivas se ha visto claramente afectada por las auditorías emprendidas por el gobierno nacional. Si bien aún la información al respecto es plenamente extraoficial y dispersa, se presume (y está siendo denunciado por usuarios del sistema de salud,

⁵ Disponible en <https://poblaciones.org/>.

organizaciones y activistas) un recorte en la cantidad de apoyos económicos⁶. Se conoce que la Agencia Nacional de Discapacidad envía comunicados hacia algunos/as beneficiados/as solicitando documentación médica que sustentan la certificación de discapacidad. Hasta la ratificación de estas informaciones en la auditoría, la pensión queda suspendida.

⁶ Según el medio internacional France 24 (11/7/2025), hasta ahora, ADNis declaró que más de 22.000 beneficiarios fueron citados a auditoría y asistió menos de la mitad; de ellos, casi 3.500 tuvieron una evaluación desfavorable. En total, ya se suspendieron más de 2.000 pensiones en todo el país. Disponible en <https://shre.ink/tAnD>.

¿Qué experiencias tienen agentes estatales?

A continuación presentamos el análisis de la información recabada de cuatro entrevistas semiestructuradas en profundidad, realizadas a profesionales insertas en dos ámbitos institucionales: Área Social Municipal (E1 y E2) e Instituciones de Salud Pública (E3, Hospital Nivel 2; E4, Centro de Salud) en distintas localidades de la provincia: Salta Capital, Embarcación, Santa Victoria Este y San Antonio de los Cobres. A los fines de situar estas localidades y comprender cómo operan las barreras geográficas en el acceso a la salud en el territorio de la Provincia de Salta, es preciso señalar que Embarcación (Dpto. San Martín) tiene una distancia de Salta Capital de 265 km, con un tiempo de traslado de 4 horas; la localidad de Santa Victoria Este (Dpto. Rivadavia) tiene una distancia de Salta Capital de 517 km, con un tiempo de traslado de 7 horas; por su parte, San Antonio de los Cobres (Dpto. Los Andes) se encuentra a una distancia de 170 km, con un tiempo de traslado de 3 horas hasta la capital provincial.

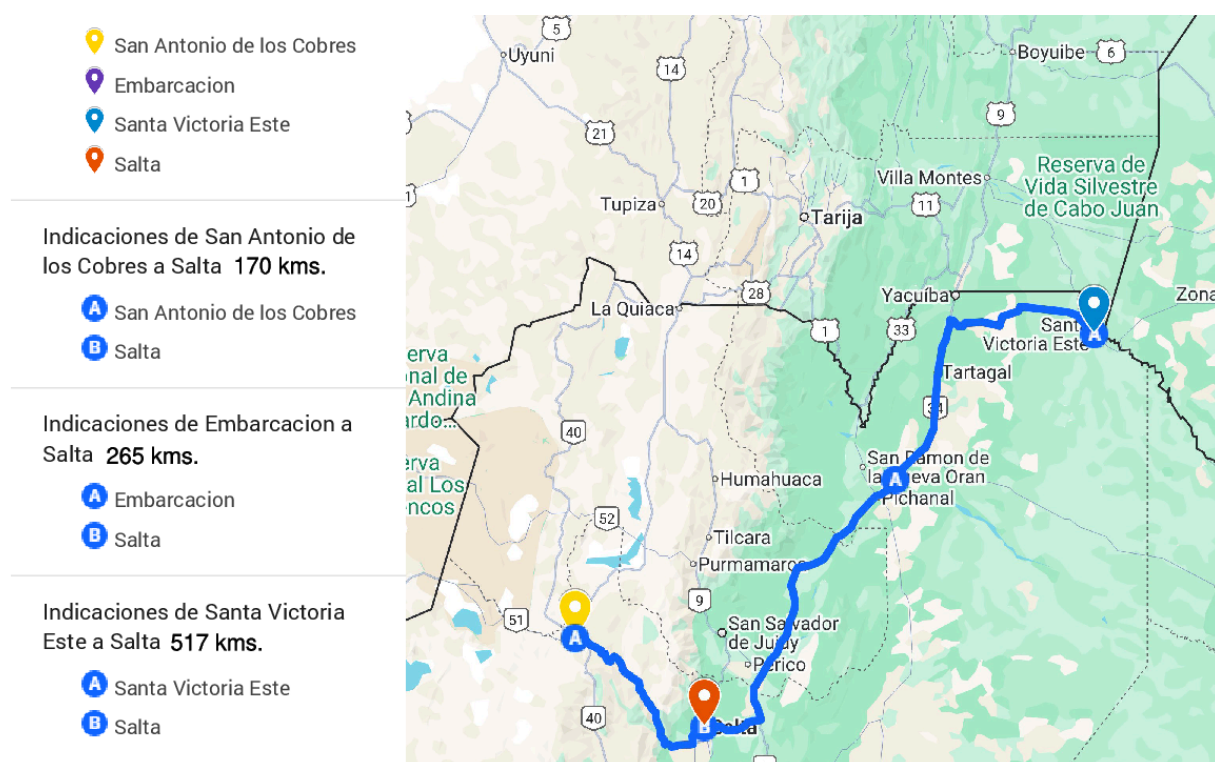


Gráfico 8. Localidades donde trabajan los/as profesionales entrevistadas y distancia a Salta Capital.

Elaboración propia.

Las entrevistas buscaron indagar en la estructura y organización de las áreas (en el ámbito municipal y de salud) que trabajan con NNyA con discapacidad; los procedimientos de Gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral y finalmente, sobre accesibilidad a prestaciones de salud. Mediante esta aproximación, procuramos un acercamiento mayor al panorama general acerca de la situación en el acceso a la salud para NNyA con discapacidad, desde las perspectivas y experiencias de agentes estatales. Este abordaje es clave para una mejor comprensión de los datos cuantitativos presentados en el apartado anterior.

Estructura y organización de las áreas que trabajan con discapacidad intelectual y mental

En cuanto a las respuestas institucionales para la discapacidad, se logró conocer el trabajo desde el sector municipal en el interior de la provincia (E1 Y E2) y de instituciones de salud pública interior y capital (E3, E4). Se observan variaciones en cuanto a la conformación, estructura y dotación de recursos humanos.

Los municipios, generalmente han establecido **áreas o coordinaciones donde se atienden las cuestiones referidas a la discapacidad**. En uno de los casos, (E1) el área se ha conformado al designar una responsable a cargo en el año 2024. En el segundo caso, no se especifica fecha de inicio, pero el área de discapacidad pertenece a la Coordinación de Desarrollo Social. Cuenta con 2 trabajadoras administrativas y 2 personas destinadas al trabajo con INCLUIR Salud. En ambos casos, se trabaja con la **gestión de trámites y la asistencia** (coordinación de juntas médicas virtuales, entrega de papeles en dependencias centrales, gestión de traslados en vehículos municipales, pago de prótesis, pedido de medicamentos). En ambos casos, los municipios consultados, cuentan con personal administrativo, pero no con equipo profesional. En E2 se menciona la disponibilidad de una trabajadora social para todas las situaciones sociales de la población.

Por otro lado, los centros de salud y hospitales, cuentan con el personal de salud que asiste y atiende a las personas con discapacidad. Sin embargo, en uno de los casos (E3) se destaca que **también se realizan los trámites que corresponden a las áreas municipales (solicitud de junta médica, gestión de CUD y pensiones), debido a la falta de priorización del tema en la agenda municipal actual** y por ende, una

consecuente “escasa cooperación”. La profesional mencionó que el trabajo de personas con discapacidad, se promovió de manera reciente, a partir del ingreso de una residente de salud en el año 2022 aproximadamente.

En este caso se trata de un hospital de nivel de complejidad 2, que cuenta con médicos, nutricionistas, enfermeros, dos pediatras, una psicóloga, y una trabajadora social, pero **carece de las especialidades necesarias para evaluaciones complejas y de rehabilitación (como neurología, fonoaudiología, kinesiología), por lo que sigue derivando la atención especializada a hospitales de mayor complejidad ubicados en la capital provincial.**

Por su parte, se mantuvo entrevista con una profesional licenciada en psicología en uno de los centros de primer nivel de atención (E4), a cargo de una zona operativa extensa y considerada “crítica”, la dotación de personal especializado es sumamente limitada para la magnitud del área de responsabilidad, contando únicamente con “un equipo de una psicóloga, una trabajadora social, una pediatra, una nutricionista, un médico de familia y 3 odontólogos fijos”. La profesional de ese centro de salud menciona que **“Existen centros de salud que ni siquiera cuentan con psicólogo en el área operativa, y en general, si lo tienen, es por media jornada”**. Esta restricción de recursos humanos impone una carga de trabajo elevada y limita la capacidad de respuesta. Destaca que para neurología en población de menores de 15 años, solo hay en Hospital Materno Infantil de Capital.

En el hospital del municipio de E1, se cuenta con psicóloga, kinesióloga, y recientemente se incorporó pediatría. No se disponen de clínicas privadas en el lugar.

Con respecto a la **articulación con otras instituciones desde el área municipal** se mencionan a las redes comunitarias, el contacto directo con agentes del servicio de Atención Primaria de la Salud y del Hospital, que facilita el padrón unificado de personas con discapacidad, con la Secretaría provincial de Niñez y Familia y con organizaciones de la sociedad civil como CILSA de Buenos Aires, frente a un pedido específico de sillas de ruedas (E1). En el Hospital de nivel 2 (E3) se menciona la articulación con el Hospital de referencia (a 163 kilómetros), para derivaciones y traslados, y con una psicopedagoga en una ONG y otra en educación. En el caso de la E4, se menciona el uso de redes informales para sortear obstáculos, como derivar a

organizaciones o asesorías legales (por ejemplo, ALFA) cuando es necesario defender ante la Junta de Discapacidad el reconocimiento de diagnósticos ya emitidos.

En todos los casos **se destaca la dificultad para acceder a turno con neurología**, “a veces hay demora de 2 meses” (E1) como una de las especialidades principales que solicitan en la junta médica, ya que solo se dispone de profesionales con la especialidad en el Hospital Materno Infantil. En el caso de la E2 se destaca “por suerte, se pudo conseguir que al hospital vengan dos neurólogos una vez al mes, un infantil y un adulto”. Por su parte, de acuerdo a la E4, en el primer nivel de atención **no se cuenta con el test WISC (clave para diagnosticar retraso mental), que sólo está disponible en equipos especializados de mayor complejidad. Esto limita la capacidad de confirmar diagnósticos y ralentiza la obtención del CUD**. En casos de renovaciones, flexibiliza criterios, pero para primeras gestiones el déficit de herramientas es un obstáculo central.

En ambos casos de entrevistas con agentes municipales se mencionan los **casos especiales donde se brinda ayuda económica desde el municipio** para la adquisición de apoyos específicos (silla de ruedas, bastones, implantes, medicamentos oncológicos, entre otros) E1 y E2.

Gestión del certificado único de discapacidad (CUD) y pensiones no contributivas por invalidez

La gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y las Pensiones No Contributivas (PNC), son puntos centrales en las líneas de trabajo de las áreas municipales, destinadas a la intervención con NNyA con discapacidad. Las áreas, son las encargadas de brindar la información y gestión de trámites, donde se observa principalmente: solicitud de realización de juntas médicas para brindar CUD y trámites de ANSES para solicitud de pensiones. Se concibe primariamente, como un mecanismo fundamental para facilitar el acceso a derechos y servicios, aunque el proceso en sí mismo representa un conjunto significativo de desafíos y barreras.

En cuanto al procedimiento de gestión del CUD, en uno de los municipios (E1) la entrevistada refiere que **reciben la documentación de parte de los/las solicitantes para iniciar las gestiones frente a la Junta de Discapacidad**, llegando a concretar hasta 18 gestiones por mes. En caso que estas gestiones sean aprobadas, el CUD se entrega en el mismo Municipio.

La profesional del **hospital del interior**, refiere que **“cada municipio se hace cargo de gestionar los carnets de discapacidad”, pero en su contexto, se realiza desde el hospital ya que el municipio no asume tal función**. Asimismo, se destaca esta función como un logro importante, ya que hubo dificultades para que la institución de salud asuma esa responsabilidad, pero desde que se realiza, estima que allí se realizan "cuatro (4) o tres (3) juntas por año, ha habido juntas que hicimos por treinta y cinco (35) personas, pero fue un montón, desde allí dijimos, no más de quince (15), como mucho diecisiete (17)” (E3). Con respecto a los trámites de pensiones la entrevistada menciona que se presentó una nueva dificultad, ya que **la gestión de trámites en ANSES que anteriormente realizaba desde el Centro de Acceso a la Justicia (CAJ), se vió interrumpida, debido a su reciente cierre en la localidad, en concordancia con el cierre de CAJs en todo el país**.

Con respecto a las gestiones de las pensiones no contributivas, la entrevistada del área municipal señala que estas se inician una vez que se dispone del Certificado Médico Obligatorio. Generalmente se plantea a los solicitantes que:

El tiempo de espera de pensión va de seis meses a un año. Desde que estamos no salió ninguna pensión. No logramos sacar una pensión (...) **Las pensiones están todas estancadas**; las pensiones de NNA ya cumplieron el año y no hay resolución.
(E1)

Contrastando con esta situación, la entrevistada indica que antes del cambio de gobierno, las pensiones se podían llegar a activar con una demora de entre cuatro y seis meses. A esta situación de atrasos en las altas de las pensiones, se suma lo que referimos anteriormente, en cuanto a que las pensiones no contributivas se han visto sujetas a auditorías en los últimos meses. En base a las entrevistas, es posible observar que en el medio de estas grandes limitaciones presupuestarias y burocráticas, las pensiones no contributivas siguen constituyendo un recurso fundamental para el

sostenimiento de las personas con discapacidad y sus familias, lo que lleva a que a pesar de su gran precariedad actual, continúen siendo procuradas y requeridas.

Por su parte, observamos que **el CUD también emerge como un documento fundamental para el acceso a ciertos derechos y prestaciones** de salud que dependerán de las heterogeneidades y desigualdades territoriales que atraviesan las vidas de las personas con discapacidad. Por ejemplo, dentro de los beneficios que se le adjudican, en las localidades del interior se destaca el acceso a un descuento en transporte para realizar rehabilitaciones y terapias en Salta Capital (E1). También en relación al transporte, se menciona que en algunos casos existe una gestión municipal propia para el traslado de personas a la capital (E2). En uno de los municipios más alejados se cuestiona su utilidad si no hay transporte público gratuito o acceso a rehabilitación local (E3). En la entrevista se denuncia la gran logística que implica para las personas con discapacidad y sus familias gestionar un CUD, así como también para los mismos agentes estatales indirectamente relacionados

“vos invertís mucho tiempo en eso, y sumale cuestiones que tienen que ver con la información que se le brinda a las personas del por qué de cada uno de los trámites, que la gente entienda a qué vienen, por qué, para qué”.

Trabajadoras municipales y de salud identifican que tantos procedimientos burocráticos en la gestión de los CUDs terminan siendo un paso en falso para las personas con discapacidad que viven alejadas de centros urbanos, ya que contar con el certificado garantiza una escasa accesibilidad a prestaciones y beneficios en estos espacios locales. Asimismo destacan que tanto en la capital como en el interior provincial, las **madres o abuelas en el rol materno son quienes asumen la mayoría de las gestiones**, lo que implica una carga de tiempo y energía muy alta para esta población, que como puede apreciarse en el nuevo panorama nacional, **cada vez puede garantizar menor accesibilidad a la salud de todas las personas con discapacidad en su conjunto**.

Acceso a prestaciones de salud

A partir de las entrevistas se puede considerar que las personas con discapacidad tienen acceso a las prestaciones de salud considerando las disponibilidades propias de cada territorio. A su vez, el Programa Federal INCLUIR Salud, brinda cobertura médico-asistencial a todas aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas por invalidez laboral. Sin embargo su **alcance varía, ya que en diferentes localidades del interior las únicas prestaciones de rehabilitación son las disponibles en el hospital público (E1).**

Con respecto a las atenciones y rehabilitaciones se destacan como prioritarias para las personas con discapacidad y en especial con discapacidades intelectuales y mentales, la asistencia de los servicios de neurología, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología y trabajo social. Se menciona que, por ejemplo, **los turnos con el servicio de neurología en los servicios de salud pública de Salta capital, tienen una demora de aproximadamente 2 meses.** En algunos casos en el interior de la provincia, se logra acceder a turno con neurología por visitas especiales que realizan equipos de salud.

Con respecto a la provisión de medicamentos, una de las entrevistadas destaca que durante 2024 se había comenzado a recibir la medicación para titulares de pensiones no contributivas dentro del Programa Incluir Salud en los hospitales del interior directamente. Esto resultaba un aspecto positivo ya que anteriormente debían buscarla de la Capital provincial. Sin embargo, en una de las entrevistas (E1) se mencionan dificultades **durante el año 2024 en relación a recortes en la provisión de medicamentos por parte del programa Federal INCLUIR Salud.**

Con respecto al acceso a apoyos en las trayectorias educativas de NNyA con discapacidades intelectuales, en la E1 se menciona que al disponer de una escuela especial en la zona se puede acceder a maestra integradora. En E3 se destaca que es posible solicitar el apoyo de un/a maestra integradora, pero se suma una **barrera idiomática.** En los territorios donde viven comunidades indígenas, esto se vuelve más dificultoso debido a la escasez de maestras/os interculturales bilingües y muchas veces también por el sistema plurigrado.

En cuanto a los servicios de movilidad, uno de los municipios (E1) menciona que cuenta con una Traffic para el traslado diario de los estudiantes que viven en parajes alejados

de la Escuela Especial. Asimismo menciona que el municipio apoya con el **traslado para tratamientos en la capital si las personas con discapacidad** y sus familias no tienen recursos. Otro de los municipios (E2) menciona a su cargo el traslado de personas a Salta Capital

“la municipalidad se encarga de llevarlos y traerlos, dejarlos en el día de turno, el horario y después los traslados de nuevo de regreso. Eso se hace tres veces en la semana, lunes, miércoles y viernes. Imagínate, tenemos dos chóferes que hacen rotativos, entonces antes se viajaba de lunes a viernes, pero llega un punto en que es cansador para los chóferes y es un gasto en lo que es el combustible, entonces se redujo a lunes, miércoles y viernes”.

En el hospital del interior (E3), se destaca la **falta de ambulancias suficientes, como un aspecto determinante en el acceso a la salud; así como la dificultad del transporte público hacia el centro urbano más cercano**, donde se encuentra el hospital de referencia y donde existe mayor oferta de prestaciones de salud.

¿Cuáles son las valoraciones de los/las profesionales de la salud?

Finalmente pasamos a presentar algunos datos complementarios del conjunto de entrevistas ya analizadas. En este caso, optamos por ampliar la estrategia con la cual nos aproximamos a la opinión y perspectiva de los y las prestadores de servicios de salud dirigidos a NNyA en la provincia, con la finalidad de alcanzar a un mayor número de personas. De esta forma, distribuimos entre nuestras redes de contacto un Formulario de Google de fácil acceso, en el cual solicitamos la colaboración de profesionales de la salud para brindar su opinión sobre los servicios que brindan atención a NNyA en Salta, con el siguiente flyer:



Esta encuesta estuvo disponible desde enero hasta abril del 2025. Fue respondida por 22 personas de las cuales: 9 profesionales trabajan en el sector privado, 9 en el sector público, y 4 en el sector público y privado.

Las profesiones que más se destacan, son: Trabajadores/as Sociales (22.7%); Psicólogos/as (18.2%); Psicopedagogos/as (13.6%); Médicos/as (13.6%); Nutricionistas (13.6%) Enfermeros/as (4.5%); entre otras profesiones que si bien no están relacionadas a la salud, si intervienen en procesos administrativos y de aprendizajes, y por ende son testigos de la accesibilidad o no a los servicios de salud, como ser: docentes y agentes municipales que atienden trámites relacionados al CUD.

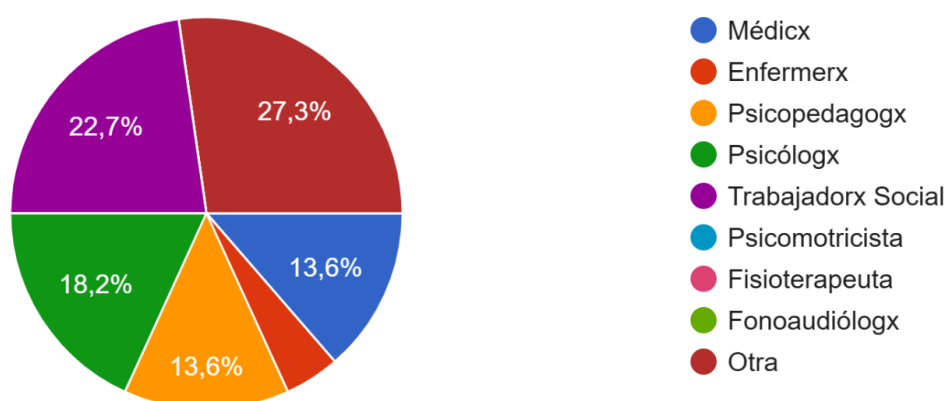


Gráfico 9. Profesión. Elaboración propia.

Tratamos también de expandir la encuesta territorialmente, para que sea contestada por profesionales del interior de la provincia. Así tenemos que el 45.5% de los encuestados son de la capital salteña; 31.8% son del departamento de Gral. Guemes; 9.1% del departamento de San Martín; 4.5% del departamento de la Viña; 4.5% del departamento Orán; y 4.5% del departamento Rivadavia.

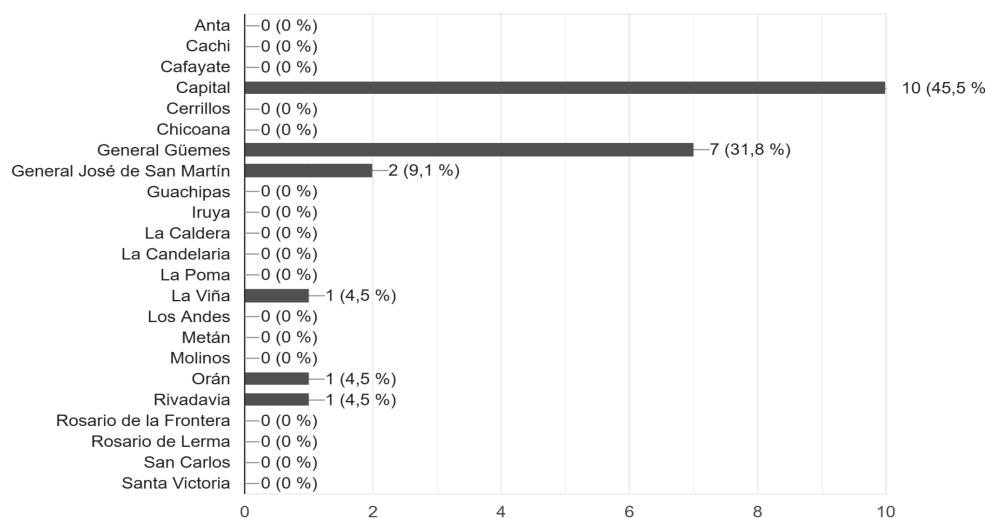


Gráfico 10. Departamento de la provincia donde se desempeña actualmente. Elaboración propia.

Ante la pregunta: “¿Cuál es el tipo de discapacidad al cuál se dirigen principalmente las prestaciones de su servicio?” respondieron: **68.2% relacionadas a discapacidad intelectual**; **54.5% relacionadas a una discapacidad mental**; 31.8% a discapacidad motora; y los restantes encuestados (22.5%) indicaron que las prestaciones de su servicio, se vinculan con autismo, neurodesarrollo, insuficiencia renal, y todas las discapacidades.

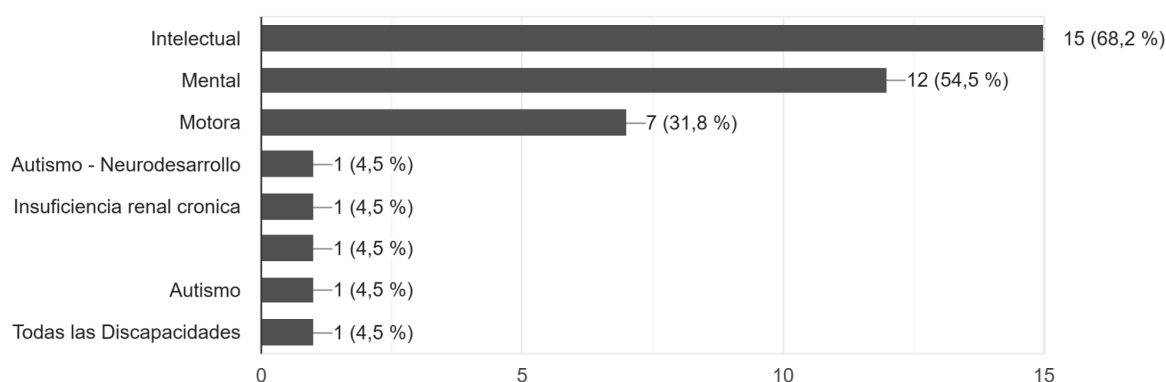


Gráfico 11. Tipo de discapacidad al que se dirigen las prestaciones de su servicio. Elaboración propia.

Seguidamente el cuestionario preguntaba: “¿Qué prestaciones dirigidas a niñas, niños y adolescentes con discapacidad brinda?” y las respuestas fueron variadas. Entre las más salientes, están: asistencia psicológica, prestación de apoyo desde el área de psicopedagogía, control pediátrico, asesoramiento sobre derechos, asistencia,

prestaciones disponibles, educación, nutrición, acompañamiento, asesoramiento y orientación a padres de los NNyA, entre otras.

Al consultarse entonces sobre: “La mayoría de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a estas prestaciones de su servicio cuentan con:” los/as profesionales indicaron que un **59.1% lo hace a través de cobertura pública, y un 40.9% lo hace a través de obra social.**

La mayoría de niños, niñas y adolescentes con discapacidad que acceden a estas prestaciones de su servicio cuentan con:

22 respuestas

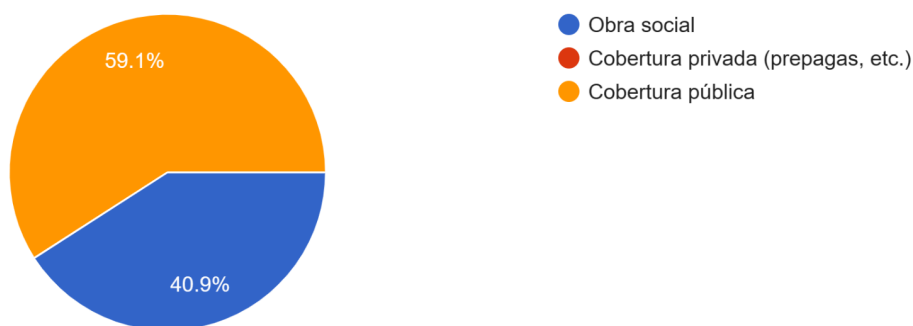


Gráfico 12. Elaboración propia.

Adentrándonos en la temática propuesta, se indaga sobre la accesibilidad de prestaciones en tres órbitas: cobertura pública, obra social y cobertura privada. Al preguntar sobre “¿Cómo valora el acceso a prestaciones de salud de niñas, niños y adolescentes con discapacidad con obra social?”, un 45.5% respondió “regular”. Un 22.7% indicó “mala”, un 22.7% manifestó que no tiene conocimiento, y sólo un 9.1% selecciona que es “buena”.

¿Cómo valora el acceso a prestaciones de salud de niños, niñas y adolescentes con discapacidad con obra social?

22 respuestas

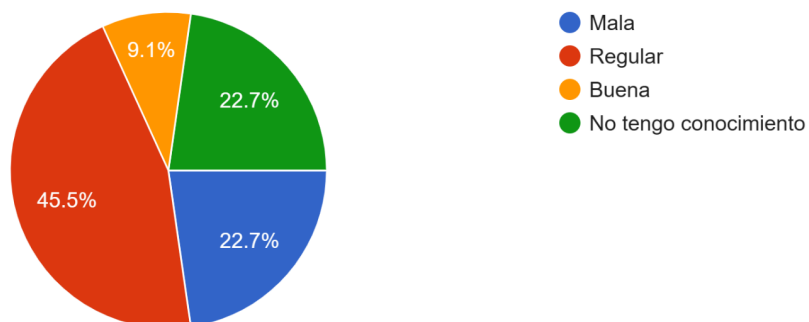


Gráfico 13. Elaboración propia.

En la misma línea, se indaga la accesibilidad a prestaciones, pero esta vez con cobertura privada, teniendo los siguientes resultados: 50% regular; 13.6 buena; 9.1% mala; 27.3 no tiene conocimiento.

¿Cómo valora el acceso a prestaciones de salud de niños, niñas y adolescentes con discapacidad con cobertura privada?

22 respuestas

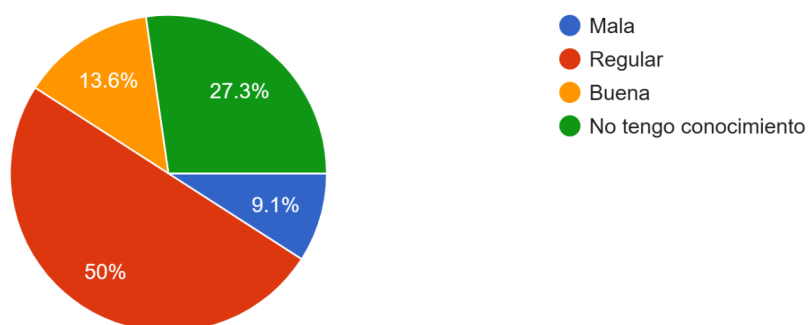


Gráfico 14. Elaboración propia.

Por último en éste acápite, se indaga sobre **la accesibilidad a prestaciones con cobertura pública, indicando: 40.9% “mala”; 36.4% “regular”; 9.1% no tiene conocimiento, y solo un 13.6% indica que es “buena”.**

¿Cómo valora el acceso a prestaciones de salud de niños, niñas y adolescentes con discapacidad con cobertura pública?

22 respuestas

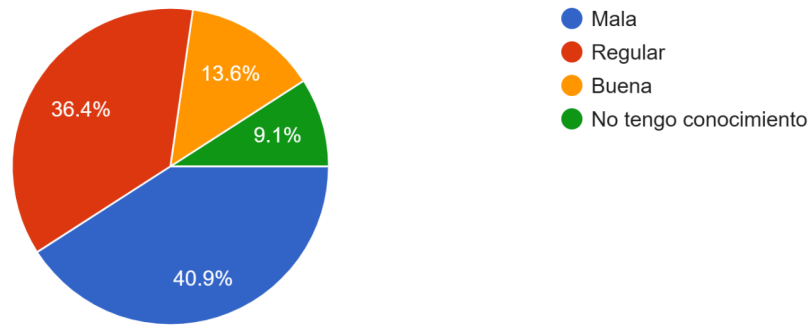


Gráfico 15. Elaboración propia.

Luego pasamos a indagar, en particular sobre la obra social Incluir Salud, preguntando “¿Usted o la institución donde se desempeña brindan prestaciones a niñas, niños titulares de la obra social **"Incluir Salud?"** ante lo cual respondieron: **72.7% “sí”; y un 27.3% “no”**.”

¿Usted o la institución donde se desempeña brindan prestaciones a niños, niñas y adolescentes titulares de la obra social "Incluir Salud"?

22 respuestas

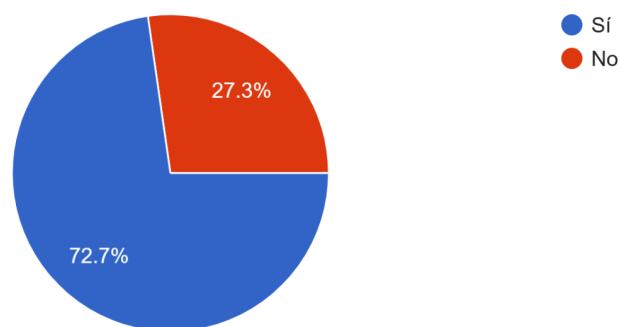


Gráfico 16. Elaboración propia.

Se agrega a esta pregunta, la posibilidad de contestar cualitativamente en caso de responder “no”, y recibimos respuestas que señalan que INCLUIR SALUD solo trabaja

con centros terapéuticos; que algunos espacios no son prestadores por “no tener el expediente aprobado”, por “no estar categorizados” o no “inscrita en el padrón.”

Al adentrarnos al análisis de las barreras que oportunamente desarrollamos en este trabajo, utilizamos la siguiente consigna: “En términos generales ¿Qué factores cree que obstaculizan el acceso a servicios de salud a esta población particular (NNyA con discapacidad)?” y las respuestas -que podían ser varias-, nos informan que: 6 profesionales indicaron que existen barreras culturales; 7 señalaron barreras simbólicas; **13 indicaron barreras geográficas**; 15 seleccionaron administrativas; **y 20 indicaron barreras económicas.**

En términos generales ¿Qué factores cree que obstaculizan el acceso a servicios de salud a esta población particular (NNyA con discapacidad)?

22 respuestas

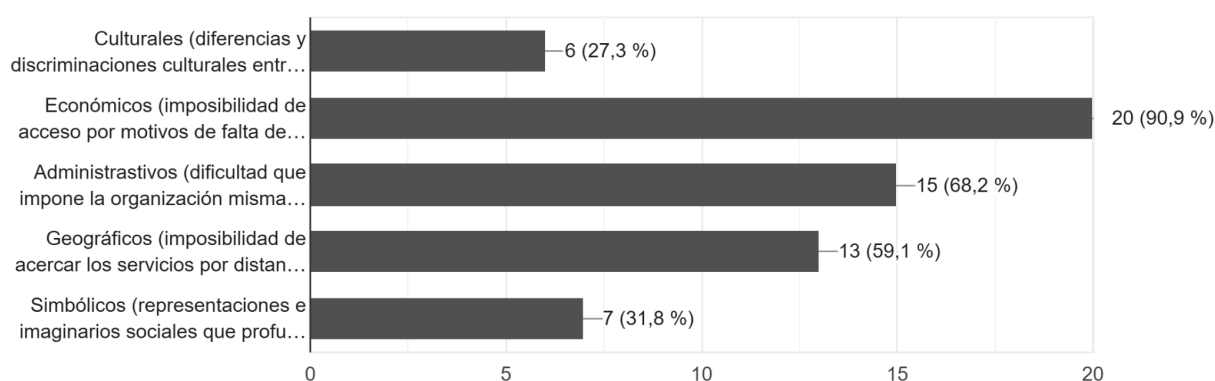


Gráfico 17. Elaboración propia.

Finalmente, brindamos un espacio para añadir “**otro comentario**” sobre el acceso a la salud de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en Salta, en el cual obtuvimos 17 respuestas que ponen en evidencia múltiples obstáculos estructurales, institucionales y sociales que dificultan una atención integral y equitativa.

Uno de los problemas más recurrentes que identifican las personas encuestadas es la excesiva burocracia presente en los servicios públicos y en las obras sociales, sumada a la falta de información por parte de las familias y de los propios efectores de salud sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esta combinación suele llevar a que muchos usuarios desistan de realizar trámites o no logren acceder a las prestaciones que les corresponden por derecho. Así algunos encuestados indicaron “**La existencia**

de muchos trámites burocráticos y la falta de conocimiento sobre los derechos del usuario hacen que los usuarios terminan sin poder exigir lo que le corresponde”.

A esto se suma una cobertura inadecuada por parte de obras sociales y programas estatales como Incluir Salud, que no garantizan prestaciones fundamentales como el acompañamiento terapéutico o el transporte, especialmente durante el receso escolar. Uno de los encuestados menciona:

en la mayoría de los casos porque no tienen una obra social que les ayude en el pago. Con Incluir Salud ese servicio es inexistente, y las obras sociales como OSPRERA tampoco cubre esa prestación. El IPSS pone muchos requisitos para los acompañantes que la gente del interior no puede cumplir.

Las demoras en los pagos a los profesionales de la salud, que en algunos casos superan los 90 días, también inciden negativamente en la calidad de las prestaciones ofrecidas. Además, los requisitos impuestos por algunas obras sociales para autorizar servicios resultan imposibles de cumplir para muchas personas que viven en zonas del interior.

En este sentido, **se advierte una profunda desigualdad territorial. En localidades como Pichanal y otras regiones alejadas de los centros urbanos, no existen instituciones que brinden atención especializada a niñas, niños y adolescentes con discapacidad.** La falta de consultorios públicos con profesionales capacitados y de espacios de estimulación o recreación limita severamente el acceso a una atención continua, integral y cercana al lugar de residencia.

Los servicios como turnos de mayor complejidad, están muy alejados de las poblaciones. Los Hospitales de base deberían de ver de poder contar con especialidades, aunque sean operativos cada 6 meses. Otros espacios de estimulación o parecidos no hay en la zona.

También se evidencian dificultades relacionadas con la **escasa formación específica de algunos profesionales y con el funcionamiento fragmentado de los equipos interdisciplinarios, que muchas veces trabajan sin una verdadera articulación.** La disciplina de nutrición, por ejemplo, no está incluida en el nomenclador nacional, lo que impide abordar de manera completa la atención de esta población.

Otro aspecto importante que surge de las respuestas es la necesidad de involucrar activamente a las familias en el proceso de atención. Se señala que **muchos padres o cuidadores carecen de la formación necesaria para interpretar adecuadamente los síntomas o necesidades de sus hijos, lo que puede llevar a subestimar problemas de salud y demorar su tratamiento.** Por ello, la capacitación de los adultos responsables se vuelve una estrategia clave para mejorar el acceso y la calidad de la atención, indicando una “falta de instrucción de los padres y cuidadores que subestiman la enfermedad”.

Reflexiones de cierre, recomendaciones y oportunidades

El presente informe, intentó aproximarse a las características que presenta la accesibilidad a los servicios de salud integral de niñas, niños y adolescentes en la provincia de Salta con discapacidades mentales e intelectuales diagnosticadas. Una de las primeras conclusiones a la que llegamos luego de más 15 meses de trabajo, es entender que el presente informe es apenas un disparador para profundizar en una problemática que aqueja a un gran sector de la población y que en determinadas zonas geográficas, presentan reiteradas y sistemáticas vulneraciones a derechos humanos. Esto nos interpela a instar a toda la sociedad civil en su conjunto, pero especialmente al Estado Provincial, a realizar un serio y localizado estudio de campo, que focalice en la perspectiva de los y las NNA con discapacidades -en especial, intelectuales y mentales- y sus familias, para nutrir el diseño y puesta en marcha de políticas públicas acordes y eficaces.

Los datos presentados permiten un análisis inicial que confirma la **existencia de limitaciones significativas en el acceso a la salud y recursos para personas con discapacidad, especialmente niños, niñas y adolescentes (NNA) de escasos recursos y habitantes de las áreas geográficas distantes a la capital**. Partimos de destacar, en base a la información pública proporcionada por agencias nacionales y provinciales, que en el primer semestre de 2024 los sistemas de información sanitaria registraron más de 13 mil atenciones en salud mental para esta población, concentradas mayoritariamente en adolescentes de 15 a 18 años y con predominio en la Región Sanitaria Centro. Entre los diagnósticos, el grupo de “retraso mental” (códigos F70-F79) aparece como núcleo central dentro de un conjunto disperso de categorías CIE-10. El acceso a la certificación de discapacidad también presenta patrones significativos: entre 2023 y octubre de 2024 se emitieron 9.238 Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) para NNA, (con predominio en varones, 65,7%), y concentración territorial en el departamento Capital y en menor medida, en Rivadavia, Orán y San Martín. Las deficiencias intelectuales (47,7%) y mentales (30,8%) representan la gran mayoría de las certificaciones, con picos de detección intelectual entre los 5 y 14 años, y mental entre los 0 y 9 años. En la franja de 10 a 18 años, los diagnósticos más frecuentes asociados a CUD son el retraso mental leve y moderado, el autismo infantil y el síndrome de Down,

con los códigos de retraso mental sumando más del 75% de las clasificaciones registradas. En cuanto a las Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral, hasta octubre de 2024 estaban vigentes 7.782 para NNyA, de las cuales la mayoría correspondían a varones y a adolescentes de 10 a 18 años. Esto representa apenas el 1,78% de la población infantojuvenil provincial, en un contexto reciente de auditorías y posibles recortes de estos beneficios. En conjunto, los datos evidencian la fuerte presencia de las discapacidades intelectuales y mentales en la infancia y adolescencia salteña, así como desigualdades de detección, registro y acceso a apoyos según edad, género y territorio.

Ahora bien, en base a las entrevistas fue posible identificar algunas experiencias de profesionales de la salud y funcionarios/as municipales en distintas localidades de la provincia. Se observa que algunas áreas municipales cuentan con personal administrativo, pero carecen de equipos técnicos propios. En el primer nivel de salud, la dotación también es limitada por ejemplo, en un centro de salud de la capital salteña, una única psicóloga atiende a una población de alrededor de 20 mil personas en una zona crítica. La ausencia de especialidades clave —neurología infantil, fonoaudiología, kinesiología y psicopedagogía— en las localidades del interior obliga a derivar la mayoría de los casos a hospitales de mayor complejidad en Salta Capital.

La gestión del CUD implica un circuito extenso y complejo que comienza con la obtención de un turno de pediatría, continúa con la derivación a neurología y la obtención de un informe neurológico, para luego sumar el informe psicológico antes de llegar a la Junta de Discapacidad. Las demoras para acceder a neurología infantil, disponible únicamente en el Hospital Materno Infantil, rondan los dos meses. En el primer nivel de atención no se cuenta con el test WISC, indispensable para el diagnóstico de retraso mental, y algunas Juntas han comenzado a rechazar informes emitidos incluso por los equipos de mayor complejidad, lo que obliga a repetir evaluaciones costosas y desgastantes. Estas condiciones generan que muchas personas desistan de completar el trámite.

En cuanto a las Pensiones No Contributivas por invalidez, las demoras actuales se extienden de seis meses a un año sin resoluciones, cuando antes del cambio de gestión los plazos eran de cuatro a seis meses. El cierre de los Centros de Acceso a la Justicia

interrumpió circuitos previos de tramitación. Pese a los recortes y auditorías recientes, la pensión sigue siendo un recurso central para las familias de personas con discapacidad.

El acceso a prestaciones de salud se ve limitado por la disponibilidad local. El programa federal INCLUIR Salud cubre a titulares de pensiones no contributivas, pero en el interior la rehabilitación depende exclusivamente de lo que ofrecen los hospitales locales. Los servicios más demandados para NNyA con discapacidad intelectual o mental son neurología, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología y trabajo social. Los turnos con neurología infantil tienen una demora promedio de dos meses y las visitas itinerantes de especialistas sólo ocurren en algunos casos. Se registran, además, recortes recientes en la provisión de medicamentos.

Las escuelas cumplen un rol central en la derivación de casos, siendo el origen de la mayoría de las solicitudes de CUD. En ocasiones, condicionan la permanencia de los alumnos o reducen la carga horaria si no cuentan con maestra de apoyo, cuya asistencia se ve limitada en los días de acompañamiento. La franja etaria más frecuente en estas gestiones es de cinco a nueve años, coincidiendo con el inicio de la escolaridad obligatoria. En zonas rurales e indígenas, la baja escolarización de los adultos dificulta el acompañamiento escolar en el hogar, lo que refuerza la percepción del CUD como una vía para obtener apoyos educativos.

En relación al acceso al transporte fue posible identificar que algunos municipios facilitan traslados a la capital provincial, aunque las frecuencias se han reducido por los costos y la sobrecarga del personal. Se señala la falta de ambulancias y la precariedad del transporte público como limitantes severos. En este sentido, destacamos el enorme esfuerzo que hacen agentes municipales y sanitarios en cada localidad, pese a las adversidades salariales y de recursos institucionales. Se trata de una función clave al facilitar el acceso a trámites administrativos que son muchas veces un nexo para el ejercicio de otros derechos (como el acceso a la salud).

Finalmente, en base a lo recogido en la encuesta complementaria realizada, las valoraciones recogidas entre profesionales de la salud en la provincia de Salta sobre el acceso a la atención de niñas, niños y adolescentes con discapacidades mentales e intelectuales revelan un panorama marcado por desigualdades estructurales, territoriales y administrativas. La mayoría de los prestadores se vinculan directamente

con la atención de discapacidades intelectuales y mentales, ofreciendo sobre todo asistencia psicológica, psicopedagógica y controles médicos, pero advierten que la cobertura es insuficiente y desigual según el tipo de financiamiento. En términos generales, el acceso a prestaciones con cobertura pública es evaluado como malo o regular por la gran mayoría, mientras que con obra social o cobertura privada las valoraciones mejoran levemente, aunque siguen predominando percepciones de acceso limitado. Los obstáculos más señalados incluyen barreras económicas, administrativas, geográficas, culturales y simbólicas, siendo especialmente críticas las trabas burocráticas y la falta de información tanto de las familias como de los propios efectores sobre los derechos de esta población. Esto se agrava por coberturas inadecuadas de programas estatales como Incluir Salud y de obras sociales, que omiten prestaciones clave como transporte o acompañamiento terapéutico, y por demoras prolongadas en los pagos a profesionales, situación actualmente compleja frente a las recientes movimientos políticos en relación a la Ley de Emergencia en discapacidad. Las dificultades se profundizan en zonas alejadas de centros urbanos, donde la oferta de atención especializada es prácticamente inexistente, obligando a traslados extensos para acceder a turnos o tratamientos. También se observa un déficit de profesionales capacitados y una débil articulación interdisciplinaria, lo que impide un abordaje integral. Finalmente, se resalta la necesidad de fortalecer la formación de padres y cuidadores, cuya falta de capacitación y subestimación de síntomas pueden retrasar el acceso a tratamientos oportunos. En conjunto, las valoraciones apuntan a que, más allá de la existencia formal de servicios, las condiciones reales de acceso para la población infantojuvenil con discapacidades mentales e intelectuales están fuertemente condicionadas por la ubicación geográfica, la capacidad económica, el conocimiento de derechos y la eficacia de las instituciones intervinientes.

Estas aproximaciones permitieron **identificar diversas oportunidades para mejorar el acceso a derechos y servicios de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en la provincia.** En primer lugar, la Secretaría de Discapacidad, en caso de no contar con ello, debería implementar un plan anual de capacitaciones dirigido a agentes municipales, con la participación de profesionales de la salud de cada municipio, orientado al acceso al CUD, y a las prestaciones y servicios asociados. Estas instancias locales podrían complementarse con campañas de concientización para familiares, difundiendo los derechos que asisten a sus hijos e hijas, y servir a la vez como base para realizar

diagnósticos territoriales participativos que, a partir de las realidades vivenciales de las familias, orienten el diseño de políticas públicas.

El acceso a controles médicos en el interior de la provincia -por ejemplo, para el otorgamiento del Certificado Médico Oficial -surge como una problemática recurrente. Superar esta barrera depende del grado de compromiso estatal. La alternativa más deseable es mejorar las condiciones laborales y salariales para incentivar la radicación de profesionales de la salud en los municipios, lo que exige un plan provincial serio y ejecutable que fortalezca la infraestructura hospitalaria y de los centros de salud del interior, generando entornos de trabajo eficientes, seguros y adecuados. En un escenario intermedio, se propone establecer un sistema continuo y calendarizado de visitas de profesionales a los hospitales del interior, con todos los recursos necesarios para garantizar intervenciones oportunas y eficaces.

Otra oportunidad estratégica para el Estado provincial es la implementación de la telemedicina, ya que la distancia geográfica y los traslados hacia la capital representan un obstáculo constante para la atención especializada. La iniciativa fue anunciada por el Ministerio de Salud en 2024, y busca llevar atención médica a toda la provincia, constituye un avance en este sentido. Sin embargo, para que sea efectiva se requiere no sólo dotar de conectividad a los centros y hospitales públicos del interior, sino también asegurar recursos humanos suficientes, considerando que los profesionales de la capital ya se encuentran sobrecargados. El desafío consiste en compatibilizar la atención presencial y virtual sin afectar la calidad del servicio.

Este informe deja claro que acceder a un CUD implica habilitar el ejercicio de otros derechos para las personas con discapacidad, pero la burocracia y el exceso de trámites continúan siendo barreras significativas. Si bien gran parte de las gestiones vinculadas al CUD se realizan a través de ANSES —organismo nacional—, el plan de modernización que impulsa la Secretaría de Modernización provincial, orientado al uso de nuevas tecnologías, ofrece una oportunidad para simplificar procesos y reducir la brecha digital. La inclusión de herramientas como inteligencia artificial, machine learning y plataformas de gestión digital podría beneficiar tanto a agentes municipales como a personal de salud y familias, siempre que se garantice su capacitación y acceso efectivo.

No obstante, todas estas recomendaciones enfrentan dificultades de implementación en el actual contexto nacional de desfinanciamiento de áreas vinculadas a NNyA con discapacidad. En 2025, el recorte presupuestario a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) provocó la desvinculación de numerosos trabajadores que acompañaban a familias en la gestión de trámites como el Certificado Médico Oficial, el CUD y las Pensiones No Contributivas por invalidez. A esto se suma la política de ajuste que ha derivado en la suspensión de numerosas pensiones no contributivas, profundizando la vulnerabilidad de esta población. En este escenario, la articulación de esfuerzos provinciales, municipales y comunitarios resulta esencial para evitar que las barreras actuales se traduzcan en una pérdida efectiva de derechos.

Referencias bibliográficas

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el 13 de diciembre de 2006.
- Beltrán, Y. H., & Anaya, R. D. (2013). Correlación entre Pobreza Extrema y Discapacidad en los Departamentos de Colombia Correlation between Extreme Poverty and Disability in the Departments of Colombia. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(1), 11-17.
- Calvo, O. S. V. (2001). Discapacidad y pobreza. *Economía y sociedad*, 6(17), 43-52.
- CLACSO. (2019). Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.
- De Grande y Rodriguez (2023) "Indicadores de Vulnerabilidad de las Infancias"
- Defensoría Nacional de Niñas, niños y adolescentes (2025) Nota Técnica N°21.
- Galende, E. (2024) Revista SALUD MENTAL Y COMUNIDAD | Año 11, N°16 | Julio de 2024
- Gonzalo Rodríguez y Pablo De Grande (2024). Cartografía de departamentos y comunas del Censo Nacional de Población y Viviendas 2022. Recuperado el 16 de enero, 2025, de <https://mapa.poblaciones.org/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018) Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad
- Levin, A. (2024). El "trabajo con el certificado de discapacidad": Un estudio sobre las estrategias profesionales en el monovalente de salud mental infanto-juvenil argentino. *Runa*, 45(1), 227-246. <https://doi.org/10.34096/runa.v45i1.12088>
- Martínez Ríos, B. (2013). Pobreza, discapacidad y derechos humanos. Aproximación a los costes extraordinarios de la discapacidad y su contribución a la pobreza desde un enfoque basado en los derechos humanos. Serie: Convención ONU N° 4.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Salta (2022). Indicadores de Salud Integral en las Adolescencias de Salta 2020-2022. Publicación oficial.

OMS (1998). Promoción de la Salud Glosario. Disponible en:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

OMS. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Ginebra Ley N° 26.657. del año 2010 Ley Nacional de Salud Mental. Art. 3

Shildrick, M. (2012). "Critical Disability Studies. Rethinking the Conventions for the Age of Postmodernity". En Watson, N., Roulstone, A., Thomas, C; Handbook of Disability Studies.

SENAF (2022) Indicadores de niñez y adolescencia. Pobreza e Indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2021

U-report (2024). Resultados de la encuesta sobre Salud Mental en el marco de la iniciativa MUNA de UNICEF. Disponible en
<https://argentina.ureport.in/opinion/3877/>



andhes

ABOGADOS Y ABOGADAS DEL NOROESTE ARGENTINO
EN DERECHOS HUMANOS Y ESTUDIOS SOCIALES