

margen N° 66 - setiembre 2012

Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional

Por Débora J. Schneidermann

Débora J. Schneidermann. Lic. en Trabajo Social (UBA). Ex Residente Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se elabora en el marco del tercer año del proceso de Residencia de Servicio Social en Salud desarrollada en el Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” en el período 2009 – 2012.

Es producto de la valoración y revisión de los aprendizajes significativos adquiridos durante las distintas experiencias atravesadas en la Residencia.

Durante el primer año de la misma roté en la Unidad de Obstetricia y Ginecología del hospital de base. Durante el segundo, en el CeSAC N°15, efector del primer nivel de atención dependiente del mismo hospital.

Para el primer semestre del tercer año, el programa de residencia prevé una rotación libre y electiva en función de una temática de interés para el residente. La desarrollé en el Cottolengo Don Orione de Claypole, institución especializada en el abordaje de la discapacidad. Durante el último semestre del proceso de formación, y por primera vez en nuestro hospital las residentes de tercer nivel nos insertamos en el Departamento de Urgencias.

En base a la experiencia y los insumos teóricos adquiridos durante este proceso de formación, el siguiente trabajo tiene como objetivo analizar y reflexionar en torno al concepto de accesibilidad. Asimismo se profundizará en los conocimientos teóricos acerca del término y se articulará dicho concepto con las intervenciones profesionales llevadas a cabo en los diferentes ámbitos de inserción.

Entendiendo a la accesibilidad de manera integral, universal y ampliada el análisis y las reflexiones propuestas se sustentarán desde una perspectiva de Derechos Humanos y Salud Integral.

El trabajo se estructurará en 4 capítulos. En el primero **“Derecho a la Salud y accesibilidad”** se consignarán los aportes teóricos que guiarán las reflexiones a lo largo de todo el cuerpo del trabajo.

En el segundo, **“Facilitando la accesibilidad a través de intervenciones desarrolladas en el**

ámbito hospitalario” Se reflexionará en torno a las actuaciones profesionales desplegadas desde ese ámbito de inserción, recuperando para ello las experiencias tanto del primer nivel de la residencia como del último semestre de la misma.

En el tercer capítulo, **“Promoviendo accesibilidad ampliada desde el CeSAC N° 15”** se tomará como marco para el análisis la rotación llevada a cabo durante el segundo año del proceso de capacitación en servicio.

El último capítulo **“Creando accesibilidad desde el Cottolengo Don Orione”** lo enmarcaré en la experiencia de rotación desarrollada en la institución que implicó en mi formación la resignificación del concepto de accesibilidad.

Y para concluir presentaré las **Reflexiones Finales**, esperando que el trabajo en su totalidad invite a los colegas no sólo a repensar el concepto de accesibilidad sino también reflexionar en torno a sus propias intervenciones.

FUNDAMENTACIÓN

El sistema de residencias de Trabajo Social en salud permite al residente intervenir en distintos ámbitos y problemáticas. Asimismo se constituye en un sistema que favorece la ampliación, actualización y revisión de los marcos teóricos referenciales así como la reflexión crítica sobre las intervenciones desarrolladas y las experiencias atravesadas.

Realizando un balance sobre los aprendizajes obtenidos durante mi proceso de residencia encuentro que la rotación electiva desarrollada en el Cottolengo Don Orione de Claypole, inspiró en mí un proceso de revisión del concepto de *accesibilidad*. Me permitió conocer nuevos marcos teóricos, ampliar el concepto de accesibilidad y a raíz de ello reconceptualizar también las intervenciones en el ámbito hospitalario y el CeSAC N° 15.

Mirando retrospectivamente el recorrido realizado, encuentro a la *accesibilidad* como eje vertebral de mis intervenciones y reflexiones y es por ello que elijo, para este trabajo final, compartir algunas ideas e interrogantes en torno a la misma.

Diversas leyes y normativas, enuncian una serie de derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, siendo la Salud un Derecho Humano fundamental comprendido entre ellos. Sin embargo, durante los años de Residencia he observado e intervenido en situaciones donde el *ejercicio efectivo de derechos* está condicionado por *barreras de accesibilidad*.

Desde la mirada de salud integral es posible afirmar que aquellas interfieren en el proceso de Salud – Enfermedad – Atención – Cuidado y se constituyen en sí mismas en vulneraciones a los derechos de las personas con las que trabajamos.

La revisión del concepto de accesibilidad va de la mano con la necesidad de centrar nuestras intervenciones en la protección y promoción de los derechos humanos cobrando especial protagonismo la dimensión promocional de nuestra profesión.

CAPÍTULO 1: “DERECHO A LA SALUD Y ACCESIBILIDAD”

“...La nueva teoría... no se limita a ser un mero añadido a lo que ya se conocía, pues su asimilación exige la reconstrucción de la teoría previa y la reevaluación de los hechos anteriores. Un proceso intrínsecamente revolucionario que rara vez lleva a cabo una sola persona, y nunca de la noche a la mañana.”
Thomas Kuhn

Kuhn, Thomas. *La estructura de las revoluciones científicas*. Breviarios. Fondo de Cultura Económica. México, 3ra edición, 1ra reimpresión, 2007. (1ra edición en inglés: 1962). Pág. 65.

El Derecho a la Salud es considerado desde diversas normativas nacionales e internacionales como “el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” (OMS, 1966). Este derecho está estrechamente vinculado con otros como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación y al disfrute de los beneficios del progreso científico, entre otros.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, este derecho se encuentra consagrado en un conjunto de normativas¹ que garantizan el acceso a la salud integral a todas las personas sin excepción². La Ley Básica de Salud establece que desde el Subsector Público, se deberán implementar acciones de promoción, protección, asistencia y rehabilitación en forma gratuita y con criterios de accesibilidad, equidad, integralidad, universalidad y oportunidad.

Es interesante pensar en que entre la salud y otros derechos humanos existen vínculos complejos y recíprocos dado que la violación o vulneración de estos últimos puede generar graves consecuencias para la salud.

Posicionarse en un enfoque de derechos implica por un lado considerar a las personas no como receptores pasivos de asistencia sino como sujetos plenos de derechos reconociendo su dignidad, autonomía, capacidades y potencialidades. Por otro lado, asumir este enfoque junto con la perspectiva de Salud Integral conlleva un fuerte compromiso con el principio de la igualdad, con la no discriminación, y la eliminación de barreras que impidan el ejercicio de los derechos a fin de que no queden únicamente como postulados teóricos.

A los fines de este trabajo se hace imprescindible introducir una aproximación al concepto de accesibilidad, noción que de acuerdo a mi entender y experiencia, se constituye en el puente necesario entre la titularidad de derechos y la efectivización de los mismos.

Siguiendo la Publicación de la OMS “Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos” (2002), la accesibilidad es uno de los criterios con los que se puede evaluar el respeto por el derecho a la salud. La noción se asocia a la disponibilidad de servicios y a la facilidad con que cuenta la población para utilizar los recursos de salud.

1 Convención sobre Derechos del Niño (Art. 24) constitución Nacional, Constitución de la Ciudad autónoma de Buenos Aires, Ley Básica de Salud de CABA (Art 3°), Ley 114 de protección integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes de CABA (Art. 22 y 23)

2 En la Ciudad de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud 153 establece: “la presente tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral” (Art. 1) “Las disposiciones (...) rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires” (Art. 2°)

Por su parte, F. Ferrara señala diversas formas de la accesibilidad: geográfica, cultural, jurídica, económica y administrativa y sostiene que *“son fácilmente reducibles por la influencia inequívoca de la estructura social determinante.”* (1985:41)

Asimismo, otros autores, la definen como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, entendiéndola así como un problema de la oferta y sostienen la necesidad de eliminar las barreras que se pudieran interponer. Éstos aluden también a las siguientes dimensiones:

- **Geográfica:** refiere al tiempo y la distancia que separa y dificulta la llegada de la población a los recursos de salud.
- **Cultural/simbólica:** se centra en la percepción del valor de uso de los bienes y servicios de salud que tiene la población, en los elementos de la cultura, en el imaginario social y en las representaciones que circulan en relación a los requerimientos de salud que cada grupo social considera. Ferrara (1985) sostiene que los componentes de esta dimensión pueden circunscribirse al análisis de la relación médico – paciente, y yo ampliaría: Equipo de salud – paciente, es decir, todo el personal de salud en el encuentro con la persona que busca atención.
- **Económica:** alude a posibilidad de acceso en función de los recursos económicos disponibles.
- **Administrativa:** se relaciona con la organización de los servicios de salud, los horarios de atención, la disponibilidad de turnos, etc.

En este recorrido sobre el concepto de accesibilidad considero relevante introducir la definición que ofrece A. Stolkiner, quien la entiende como *“el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”.* (2000)

Redefinir a la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios, nos lleva a repensar el concepto desde otra perspectiva y no solamente desde el punto de vista de la oferta, *“sino como un problema de encuentro/desencuentro entre los servicios y los sujetos en la que tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”.* (COMES, 2006)

Considero que es precisamente en esos encuentros/desencuentros donde el trabajo social puede realizar grandes aportes desde una lectura crítica, reflexiva e histórica que contribuya a tender puentes hacia la efectivización y fortalecimiento de los derechos humanos.

Desde marcos teóricos asociados a la problemática de discapacidad se plantea la accesibilidad como un concepto amplio, integral y universal. Se considera como *Accesibilidad Universal* la condición que deben cumplir los entornos, bienes, procesos, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma posible.

“La incorporación de la condición de Accesibilidad Universal en la planificación, organización y gestión de servicios facilita una convivencia humana sin jerarquías ni roles preestablecidos, adaptada al ciclo de la vida, y sin segregaciones o discriminaciones de determinados colectivos”. (SALA MOZOS Y OTRO, 2006)

Esta concepción, en la que subyace la idea de inclusión, ofrece una mirada que supera el

colectivo de personas con discapacidad, al contemplar toda la diversidad de la población. La accesibilidad universal abarca no sólo a personas con discapacidad sino también a niños/as, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas migrantes, etc. La noción de universalidad se asocia a la de no discriminación y a promover la participación y la autonomía de todos los sujetos más allá de sus capacidades, su edad, género, nacionalidad, nivel socio- cultural, etc. Es decir a todas las personas por igual y sin excepción.

Por otra parte, la ley 153 prevé la inexistencia de condicionantes ajenos a la relación profesional/paciente para el acceso a la salud integral. Enuncia los derechos a la intimidad, a la privacidad, al respeto a la personalidad, a la dignidad y a la identidad individual y cultural y a la no discriminación. Asimismo menciona el acceso a la historia clínica, a información completa y comprensible, a la simplicidad y rapidez en turnos y trámites y al respeto de los mismos, que entre otros derechos dignifican el trato y la atención.

Entonces, a partir de lo anteriormente expuesto, me es posible afirmar que en este encuentro/desencuentro se ponen en juego otras dimensiones. Siendo éstas las contempladas desde la concepción de Accesibilidad Universal como ser la comunicacional, la arquitectónica, la instrumental, la programática y la actitudinal. (ANDI, 2007)

- **Accesibilidad comunicacional:** refiere a situaciones en las que no existen barreras en la comunicación interpersonal (cara a cara, lenguaje de señas, vocabulario sencillo), en la comunicación escrita y también en la comunicación virtual. (accesibilidad digital)
- **Accesibilidad arquitectónica:** remite a la inexistencia de barreras ambientales y físicas en las casas, edificios, espacios o equipamientos urbanos y medios de transporte individuales y colectivos.
- **Accesibilidad Instrumental:** se relaciona con la no existencia de barreras en los instrumentos, utensilios, y herramientas para el trabajo, el estudio, la recreación y cualquier otra actividad de la vida cotidiana.
- **Accesibilidad programática:** opera cuando las políticas públicas, normativas, programas y regulaciones no están impregnadas de barreras. Esto incluye desde una política a nivel nacional, provincial o municipal, hasta dispositivos generados al interior de las instituciones. En múltiples ocasiones los requisitos de admisión para diversos programas sociales se constituyen en barreras para esta dimensión de la accesibilidad.
- **Accesibilidad actitudinal:** vinculada fuertemente con la dimensión cultural, sobre todo en su aspecto relacional. Refiere principalmente a circunstancias en las que no están presentes preconceptos, estigmas, estereotipos y discriminaciones.

Cualquier impedimento u obstáculo que limite el acceso, utilización, disfrute, interacción y comprensión de manera sistematizada, digna, cómoda y segura de cualquier espacio, equipamiento y/o servicio deben ser considerados como barreras de accesibilidad. (ANDI, 2006)

Pero, si como mencioné párrafos atrás, el concepto de accesibilidad universal supera el colectivo de personas con discapacidad contemplando toda la diversidad de la población, ¿por qué se habla únicamente de accesibilidad universal desde ámbitos relacionados con la discapacidad?

A partir del recorrido de capacitación realizado y teniendo en cuenta todas las dimensiones de accesibilidad, tanto en su concepción tradicional como universal es que puede adquirir una nueva mirada sobre la misma. Es decir, sumando las dimensiones de accesibilidad tradicionalmente

empleadas, a las de la accesibilidad universal es como resignifico el concepto de manera ampliada.

Así, en todas las dimensiones que constituyen, lo que aquí llamaré *accesibilidad universal ampliada*, podemos encontrar diversas barreras que obstaculizan el ejercicio del derecho a la salud en su concepción integral.

Durante las reflexiones que propongo a lo largo del trabajo, se podrá vislumbrar cómo unas u otras barreras se ponen en juego y cuáles fueron las estrategias de intervención desplegadas para superarlas.

A los fines de ejemplificar lo hasta aquí expuesto, analizaré en los capítulos subsiguientes diversas situaciones en las que he intervenido tanto desde el ámbito hospitalario, desde el CeSAC, como desde el Cottolengo Don Orión, institución donde desarrollé la rotación electiva.

CAPÍTULO 2: “FACILITANDO LA ACCESIBILIDAD A TRAVÉS DE INTERVENCIONES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO”

Durante mi primer año de residencia roté en la Unidad de Neonatología y Obstetricia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, específicamente preferí el trabajo con población adulta. En dicha rotación tuve la oportunidad de intervenir con mujeres que manifestaron la intención de entregar al niño/a recién nacido/a en adopción.

Aquellas mujeres al romper con el modelo cultural dominante se expusieron a presiones sociales, temores y angustias por la decisión tomada. La estigmatización y culpabilización de las progenitoras se asienta en creencias culturales y representaciones sociales en torno a la maternidad por ello, las intervenciones desplegadas tuvieron como horizonte disminuir estas barreras simbólicas.

Considero enriquecedor ampliar en este punto el concepto de accesibilidad simbólica que alude a *“la posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y a la manera que encuentra para ejercerlos (...) entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia individual, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de los modos de disciplinamiento, etc....”* (COMES y OTROS, 2005)

En el abordaje de estas situaciones es necesario que las emociones y sentimientos se pongan de manifiesto, *“para ello es fundamental el vínculo que el trabajador social pueda establecer con el sujeto.”* (SCHNEIDERMAN, 2010:18)

En el encuentro (muchas veces desencuentro) entre las progenitoras y algunos trabajadores de la salud, el trato hacia ellas era despectivo y enjuiciador, por lo que algunas mujeres sólo manifestaban su intención de entrega en las entrevistas con las trabajadoras sociales. En dichas entrevistas se buscó generar un clima de confianza y confianza donde pudieran expresar sus emociones y sentimientos.

En el trabajo con las progenitoras la entrevista constituye una estrategia de cuidado ya que

además de ser un espacio de asesoramiento busca producir contención y diálogo. Por ello considero fundamental en las intervenciones crear condiciones de accesibilidad comunicacional y actitudinal.

Por otro lado, el uso cuidadoso de ciertas categorías es constructor de accesibilidad. Por ejemplo, en las situaciones analizadas, el uso del término “*madre*” puede herir, anular y/o incomodar al sujeto obturando la relación.

“Si el equipo de salud se desempeña conforme a representaciones sociales y creencias del sentido común, su accionar puede resultar estigmatizante, lo cual se traduce en una dificultad mayor.” (SCHNEIDERMANN, 2010). La cita a continuación se constituye en un excelente ejemplo: **“No puedo perdonar que una madre diga que le da asco amamantar a su propio hijo”** (MM, profesional de la salud. Octubre 2009)

El ideario estigmatizante acerca de las mujeres que entregan a los recién nacidos en adopción constituye desde mi punto de vista una barrera de accesibilidad. Por ello es necesario brindar un espacio libre de juicios valorativos en los que prime el respeto por el propio sujeto.

Al interior del equipo de salud el Trabajador Social puede (y debe) por la especificidad de su rol, tender puentes de encuentro para remover este tipo de obstáculos. Bogar por una atención integral, dejando sutilmente en evidencia el despliegue de prácticas fundadas en la diferenciación social y cultural y tratar de llamar a la reflexión sobre estas cuestiones.

Otra de las estrategias de intervención desplegadas en aquellos casos en que surgió ambivalencia en relación a la entrega en adopción fue facilitar el vínculo entre los progenitores y el niño/a minimizando barreras administrativas relacionadas por ejemplo, con los horarios de visita.

Pero durante el primer año, no solamente intervine en situaciones de entrega en adopción, sino en otras en las que se vulneraron otros múltiples derechos, como el trabajo, la vivienda, la alimentación y donde se pusieron en juego no sólo obstáculos relacionados con la comunicación, con lo cultural y actitudinal sino también barreras programáticas.

Recuerdo innumerables intervenciones relacionadas con familias en situación de calle sin embargo la de la Familia A., tuvo para mí un agregado especial.

Mientras C se encontraba internada atravesando el período de post parto, L se encontraba desocupado, en situación de calle junto a su hija de 18 meses. Refirió que luego de haber agotado sus recursos económicos no pudo seguir abonando la habitación de hotel en la residía el grupo familiar antes de la internación de C para dar a luz a su segundo hijo, habiendo pernoctado ya una noche en el hall del hospital. Llega al Servicio Social tras no haber obtenido respuesta del programa Buenos Aires Presente.

En lo hasta aquí expuesto encuentro cómo la falta de trabajo produce como “efecto dominó” la vulneración de otros derechos como el de la vivienda y cómo las barreras económicas inciden negativamente en la efectivización de los mismos, en palabras de N. Alayón, la realidad de la pobreza, en sí misma, es profundamente violatoria. (2008:IX)

“Los más carenciados suelen reclamar menos, porque no sólo están desposeídos de trabajo, salario digno, de educación, sino también de los recursos para ejercer eficientemente sus derechos, lo cual termina reproduciendo y fortificando la situación de subordinación.” (ALAYON,

2008:X)

A fin de evitar que el padre y la niña pasen una noche más en situación de calle, la intervención profesional estuvo orientada a reconstruir la red familiar y social y asimismo buscó articular con otras instituciones y programas especializados en la atención de personas en situación de calle. Y es aquí donde encuentro ese “agregado especial”, una barrera programática en la que subyace una concepción de familia y maternidad culturalmente arraigada: No habían previstos dispositivos de alojamiento de un padre con su hija. Por lo que las soluciones ofrecidas por los programas vulneraban el derecho de la niña a no ser separada de su padre por cuestiones de pobreza.

Para agregar al análisis me pregunto ¿No sucede lo mismo con la pensión para madres de 7 hijos? ¿Qué pasa cuando es el padre quien está a cargo de esos niños?

Frente a estas situaciones considero que *“el trabajador social debe acompañar y apuntalar las demandas populares, en la búsqueda de la ampliación de políticas sociales que den respuesta a sus necesidades.”* (ALAYON, 2008:19)

La intervención profesional debe promover el despliegue de las potencialidades y capacidades del sujeto así como también brindar asesoramiento sobre derechos, programas sociales y mecanismos adecuados para reclamar cuando éstos son vulnerados.

Asimismo es importante que el trabajador social aporte los aspectos contextuales y estructurales de las problemáticas a fin de visibilizar la dimensión social de las mismas. De de esta forma se persigue el objetivo de que los sujetos no las vivencien como individuales.

Como parte del análisis propuesto en este apartado considero enriquecedor también tomar experiencias del último semestre del tercer año de residencia. Durante el mismo me inserté en la Guardia de Urgencias del Hospital.

El perfil de pacientes que consulta en los hospitales generales de agudos, sobre todo en los departamentos de guardia, son producto del deterioro de las condiciones de vida, la agudización de las situaciones de pobreza “pero especialmente de nuevas formas de padecer, de sufrir, que van desde la aplicación sistemática del terrorismo de Estado hasta el temor que implica la posibilidad de caída en los oscuros espacios de la exclusión social.” (CARBALLEDA, 2009:103)

La aparición de nuevas demandas hacia las instituciones y de nuevas problemáticas que constituyen, en palabras de Carballada (2009), nuevas formas de padecimiento subjetivo se entrecruzan en los box de la guardia de urgencias del hospital y nos interpelan a un abordaje integral de la salud. *“Hacen necesario entender a la salud como resultado de relaciones sociales y del devenir histórico – político. Es decir, comprender la salud como proceso.”* (CARBALLEDA, 2009:107)

Las principales problemáticas abordadas por el trabajador social de guardia, de acuerdo a lo que pude observar durante el período de rotación, son la carencia de redes socio – familiares, intentos de suicidio, violencia, discapacidad, vejez desprotegida, uso problemático de sustancias psicoactivas, problemas habitacionales y situación de calle.

Desde este ámbito el trabajador social interviene en pos de promover los derechos de los pacientes y su autonomía. Procurar reconstruir la red socio familiar de las personas y que el período

de internación sea lo más breve posible.

La categoría de **“paciente social”**, en el análisis de la accesibilidad toma, desde mi punto de vista, particular interés.

“Persiste en el imaginario social una mirada que identifica a la profesión como práctica de resolución de problemas sociales; más aún el de hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales. (...)” (CAZZANIGA, 2001:103)

Desde esta perspectiva pareciera que el trabajador social es el profesional destinado a “resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión.” (CAZZANIGA, 2001:104)

La categoría de paciente social entraña una parcelación de la salud en dimensiones y contradice el abordaje integral e interdisciplinario que la salud entendida como proceso requiere. Esta manera de categorizar a los sujetos puede constituirse en barreras a la accesibilidad sobre todo cuando va acompañada de otras maneras despectivas y prejuiciosas de referirse y tratar a las personas que requieren de nuestra intervención.

Por otra parte, una multiplicidad de barreras de todo tipo se presenta al momento de elaborar estrategias de externación. La falta de respuestas institucionales, la escasez de recursos y/o políticas públicas que brinden alternativas y los requisitos establecidos para acceder a determinados programas o beneficios sociales se constituyen en sí mismos en barreras a la accesibilidad programática y administrativa.

También ciertas actitudes de profesionales de la salud obstaculizan el vínculo entre el sujeto y el servicio sanitario. Ya mencionamos la forma de categorizar, pero en ocasiones y aunque la las normativas establecen lo contrario, algunos miembros del equipo de salud imponen como requisito la posesión de DNI para iniciar o continuar gestiones.

“El DNI no es sólo un medio para acreditar la identidad, se trata de la puerta de acceso a derechos fundamentales, necesarios para llevar una vida digna y no es casual que la falta de DNI esté tan estrechamente vinculada con la exclusión social”. (PODER CIUDADANO, 2008:1)

Así mismo en este espacio de inserción profesional también es posible identificar barreras comunicacionales por ejemplo, cuando no se explicita al paciente su situación de salud, o que deberá permanecer internado o cuando no le son informados los estudios y procedimientos a los que será sometido. De esta manera se avasallan el derecho a la información y a brindar su consentimiento.

Por otra parte, creo importante sumar al análisis las condiciones de internación en los box de guardia, siendo ésta una de las cuestiones que más ruido me hizo (y me hace) durante ésta rotación. Las barreras arquitectónicas vulneran el respeto por la dignidad humana (sobre todo para quienes deben atravesar un periodo prolongado de internación en los mismos), la preservación del derecho a la intimidad, a la privacidad y a la confidencialidad de la información relacionada con su salud/enfermedad. (Ley Básica de Salud N° 153- título 1, cap. 2, art. 4)

Para entender un poco a qué me refiero: cada box alberga 4 camillas que no se separan por biombos o por ningún otro instrumento así la intimidad es compartida no sólo por otros pacientes sino también por los acompañantes de éstos. Tampoco se designan o distribuyen por género

compartiendo hombres y mujeres un mismo espacio en un contexto donde la desnudez es habitual.

Desde la intervención profesional desplegada se busca, más allá de la adversidad y en las circunstancias en que ello sea posible, generar igualmente intimidad, espacios de escucha y contención en el que la persona pueda exponer sus necesidades y problemas.

Ello posibilita conocer la perspectiva de los sujetos sobre su propia situación y establecer un diálogo que apunte a generar acuerdos en torno a la orientación y objetivos de las estrategias de intervención. Es decir, que facilita la comunicación y el intercambio a fin de brindar información clara y obtener, por parte del sujeto para con el que intervenimos, su consentimiento para nuestras acciones relacionadas con la gestión de recursos vinculados a su situación de salud.

Asimismo se brinda contención, asesoramiento y acompañamiento tanto a la persona como a su red si la tuviera, a fin de fortalecer la autogestión de la salud, trabajar en el reconocimiento de lo que implica el derecho a la misma y la búsqueda de alternativas de resolución de problemáticas.

Por lo anteriormente expuesto considero que la intervención profesional tiene mucho que aportar al equipo de salud acerca de la construcción de accesibilidad entendida de manera universal y ampliada.

En el próximo capítulo analizaré la práctica profesional desarrollada durante la rotación por un efector del primer nivel de atención.

CAPÍTULO 3: “PROMOVIENDO ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y AMPLIADA DESDE EL CESAC N° 15”

La experiencia transitada durante el segundo nivel de la residencia en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15 (en adelante CeSAC) constituirá el marco principal para el análisis en este apartado.

Los CeSAC son efectores del primer nivel de atención cuya modalidad de intervención se sostiene sobre el trípode prevención – promoción – asistencia con una modalidad tanto intra como extramuros.

Antes de continuar describiendo mi rotación en el mencionado efector, encuentro interesante detenerme en la intervención extramural que es factible desplegar desde el mismo. Es dable pensar que la posibilidad de realizar entrevistas en domicilio permite eliminar barreras geográficas, arquitectónicas³ y administrativas, entre otras.

Durante mi rotación me inserté en diversos programas preventivo- promocionales, integrando equipos interdisciplinarios y desplegando estrategias de intervención grupales y comunitarias.

A nivel comunitario, una de las experiencias que considero relevante destacar se relaciona con la extensión de la Base Territorial Total del CeSAC, es decir de su área programática.

³ La edificación del CeSAC 15 corresponde a una casa antigua a la que se accede por escalera. El mismo no cuenta con adaptaciones que faciliten el acceso de personas en silla de ruedas, resulta difícil hacerlo para mujeres embarazadas, adultos mayores, mujeres con cochecitos de bebé, etc.

La institución cuenta con cuatro equipos extramurales de conformación interdisciplinaria. Cada equipo está referenciado a una Sub Base Territorial (SBT). Lo que los caracteriza es su modalidad de abordaje extramural realizando visitas domiciliarias, talleres en viviendas colectivas (hoteles, casas tomadas, etc.) en organizaciones comunitarias y/o en diversas instituciones (Iglesias, Hogares del GCBA, Comedores, etc.). Además efectúan relevamientos de sus zonas de responsabilidad a fin de detectar posibles situaciones de riesgo y espacios de intervención.

Durante mi paso por el CeSAC, me inserté en el Equipo Extramural Sur. El mismo se propuso realizar el relevamiento de una zona que si bien pertenece al área programática del hospital no se encuentra comprendida en el área de responsabilidad de ninguno de estos efectores del primer nivel de atención que dependen del Hospital Argerich.

Fueron relevantes los aportes realizados por los trabajadores Sociales en la definición e implementación de los instrumentos de recolección de datos, en los que se trató de simplificar el lenguaje del instrumento, incluso para relevar información más “médica”.

La información obtenida en dicho relevamiento arrojó que la población comprendida en aquellas manzanas no realizaba controles preventivos de salud y desconocía el funcionamiento y servicios brindados por el CeSAC. Asimismo tomamos conocimiento de la existencia de niños de entre 0 y 6 años, mujeres embarazadas y/o lactantes que al desconocer el recurso, por ejemplo, no accedían a la entrega de leche.

Esto demostró por un lado la existencia de una barrera programática por cuanto dentro del área de responsabilidad del hospital de base existía un “área blanca”⁴, es decir un área que no es abarcada por ninguno de los CeSACs dejando fuera de los programas a la población que allí reside.

Asimismo esta experiencia me permite reflexionar en torno a la accesibilidad geográfica de una manera particular ya que a pesar de que las personas residían cerca del Centro de Salud estando subsanadas las distancias y el tiempo de viaje, la cuestión geográfica se constituía en un obstáculo para acceder a algunos de los programas o prestaciones ofrecidas en el CeSAC.

Por otra parte, algunas cuestiones que hacen a la atención de la salud en el CeSAC como ser la gestión de turnos, los horarios de atención, las esperas, etc. se simplifican en relación a la atención hospitalaria por lo que la extensión de la Base Territorial Total del Centro de Salud contribuyó al mismo tiempo, a eliminar barreras administrativas.

Durante el proceso, la intervención del trabajador social estuvo orientada a brindar información en torno a los espacios y actividades institucionales constituyéndose en un facilitador de la accesibilidad tanto inicial como ampliada, en el sentido habitual del término. Es decir, facilitar no sólo el ingreso al sistema sino todo el proceso de atención en salud.

La realización de entrevistas tanto individuales como familiares en domicilio permitieron detectar situaciones problemáticas que requerían de atención y seguimiento integral y en esos casos la actuación profesional se orientó hacia ofrecer contención y asesoramiento y pensar estrategias conjuntas de intervención para facilitar el acceso y/o potenciar los recursos sociales, culturales y

4 Si bien se extendió la Base Territorial Total del CeSAC, aún existe un sector del área programática del hospital que no es abarcado por ninguno de los Centros de Salud.

materiales. Asimismo, en caso de ser necesario, a la derivación asistida tanto intra como extra institucional fue otra de las estrategias desplegadas.

El vínculo directo y dinámico que sostienen los trabajadores del CeSAC es un facilitador de la accesibilidad, al igual que los mecanismos de referencia y contra referencia entre efectores del primer y segundo nivel, aunque ello no siempre se consigue.

Otra de las experiencias desarrolladas durante el segundo año de residencia fue la participación en la creación y puesta en marcha de un dispositivo para abordar la problemática de la falta de empleo, el Grupo de Orientación Educativo Laboral (GOEL).

Fue ante las reiteradas consultas relacionadas con la precariedad y/o inestabilidad laboral recibida en la atención de la Demanda Espontánea en Trabajo Social y la incesante solicitud y redacción de derivaciones para la obtención de subsidios, que junto con el equipo de colegas diseñamos dicho dispositivo.

De más está plantear las trabas tanto programáticas como administrativas que deben atravesar las personas para obtener beneficios sociales, que van desde encontrar un trabajador social que realice la derivación⁵, informes sociales cuestionados, horarios reducidos de atención, requisitos que marginan y vulneran derechos, etc.

Otra barrera de índole programática para el acceso al trabajo, a la educación y a cualquier otro derecho, la encuentro en el tipo de políticas sociales subsidiarias que se ofrecen en la Ciudad de Buenos Aires. “Son planes de contención que no promueven derechos y constituyen a sus destinatarios en meros beneficiarios” (SCHNEIDERMAN, 2011: 11) que repercuten de manera negativa en la imagen de sí que tienen los sujetos y al encerrarlos en un “círculo vicioso” contribuyen a su marginalización.

Y. Comes sostiene que *“los servicios de salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos”*. (COMES Y OTROS, 2006: 209)

De acuerdo a lo expresado párrafos arriba, y como veremos más adelante, tanto las políticas, los programas como las intervenciones profesionales son productoras de subjetividad.

Si bien la problemática del empleo tiene un basamento estructural, desde Trabajo Social pensamos en movilizar los recursos disponibles para reducir o mitigar algunos obstáculos, crear un espacio socializador, reconstruir lazos sociales, abordar la salud de manera integral y transformar a los participantes en sujetos de derecho. (SCHNEIDERMAN, 2011: 12)

“La pérdida del trabajo y/o la desocupación de larga data impactan en la subjetividad de la persona y en su sistema de necesidades pudiendo aflorar sentimientos de culpa que generen autodestrucción, deterioro de las relaciones afectivas, aislamiento, falta de participación y la disminución de la autoestima”. (SCHNEIDERMAN, 2011: 10)

Al momento de pensar estrategias de intervención es importante tomar en cuenta la subjetividad de las personas que atraviesan la situación problemática dado que de acuerdo a la imagen personal

5 Sobre todo para aquellos cuya situación no está en seguimiento por ningún profesional Trabajador Social, que circulan por cuanta institución tienen a su alcance.

que cada uno tenga de sí aportará o dificultará la accesibilidad a los diversos recursos. Como queda ejemplificado en estas citas de miembros del GOEL:

... *“Para qué voy a ir, si nadie me va a prestar atención”*. (F, 2010)

... *“Yo no voy a conseguir nada...”*. (P, 2010)

La modalidad de taller fue la estrategia profesional desplegada, en ellos se propició la circulación de la palabra, se facilitó el diálogo y la reflexión. Se abordó la contextualización sociopolítica de la situación por la que atravesaban, problematizándola. Ello contribuyó a que puedan reencontrarse con una identidad e imagen positiva de sí mismos, es decir, permitió reposicionar al sujeto.

A lo largo de los distintos encuentros fueron surgiendo los intereses, inquietudes y otros emergentes. A través de ellos se pudo realizar un abordaje integral de la salud facilitando la accesibilidad, articulando con otras disciplinas para facilitar la obtención de turnos y realizar las derivaciones necesarias, brindando contención y seguimiento frente a las situaciones de salud más complejas. Se realizaron acciones promocionales sugiriendo controles preventivos y ofreciendo la participación en otros espacios del CeSAC.

Revisando la experiencia del GOEL, encuentro que el dispositivo fue en sí mismo promotor de accesibilidad dado que permitió establecer un vínculo entre los/las participantes y el servicio de salud favoreciendo el retomar controles y tratamientos médicos y efectivizando el derecho a la atención de la salud integral.

A continuación presentaré experiencias de intervención desplegadas durante la rotación electiva desarrollada en el primer semestre del último nivel de la residencia.

CAPÍTULO 4: “CREANDO ACCESIBILIDAD DESDE EL COTTOLENGO DON ORIONE”

De acuerdo al programa de la Residencia, durante el primer semestre del tercer nivel desarrollé la rotación libre y electiva en el Pequeño Cottolengo Argentino Don Orione de Claypole.

El mismo es una institución especializada en el abordaje de la discapacidad. En él casi 400 personas con discapacidades múltiples y distinto grado de profundidad, conviven en forma permanente.

Desarrolla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección con el objeto de brindar atención integral a sus residentes⁶. De acuerdo a lo establecido en el Marco Básico⁷ el Cottolengo asume una modalidad combinada de atención constituyendo un Centro Educativo-Terapéutico con Hogar Permanente, teniendo por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. La modalidad de hogar responde a la finalidad de brindar cobertura integral a los requerimientos de alimentación, vivienda y atención personalizada de quienes allí residen.

6 Dentro de la institución el término “residentes” es utilizado para referirse a quienes se encuentran internados en ella.

7 Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad

La rotación por esta institución me marcó tanto personal como profesionalmente dándome la oportunidad de vincularme e intervenir con sujetos que “no responden a los parámetros físicos y psíquicos del estereotipo culturalmente dominante”. (CUENCA GÓMEZ, 2010)

Los objetivos propuestos para la rotación fueron ampliar el marco teórico referencial para el abordaje de la problemática y adquirir nuevas destrezas y habilidades para el trabajo con personas con discapacidad y sus familias. Así es como empecé a identificar los distintos paradigmas y modelos de tratamiento de la discapacidad e indagar sobre el concepto de *Accesibilidad Universal*. Este último se constituye en una herramienta propia del modelo de Inclusión al que adscribo.

Dicho modelo, traslada el centro del problema de la discapacidad desde el individuo a la sociedad. Desde este paradigma las limitaciones de una sociedad que no toma en consideración, ni tiene presentes a las personas con discapacidad, establecen barreras que las excluyen y discriminan. (CUENCA GÓMEZ, 2010) Es decir, que dichas barreras son una construcción social.

Durante mi inserción en el Cottolengo pude integrarme al Servicio Social y desplegar intervenciones tanto individuales como grupales. En los distintos espacios en los que me desempeñé⁸ desplegué intervenciones que promovieron la interacción y la expresión de emociones.

A fin de generar accesibilidad comunicacional fue preciso utilizar vocabulario sencillo, concretizar contenidos, utilizar cuadernos de pictogramas o señas como herramienta.

Sin embargo, para eliminar barreras comunicacionales más allá del uso del lenguaje y otros soportes o instrumentos fue necesario establecer vínculos cercanos y de confianza sobre todo con quienes no se comunicaban a través del habla.

A fin de lograr que sea la propia persona adulta con discapacidad, quien planifique y tome decisiones sobre su propia vida y sobre los objetivos que aspira alcanzar, centré la planificación y la intervención en el sujeto. Para ello, el establecimiento de vínculos que respondieron a las características antes mencionadas, se constituyó en un gran facilitador.

En este punto me resulta interesante sumar al análisis que las formas de entender y concebir a la discapacidad y las personas que la presentan se traducen en actitudes que pueden obstaculizar la comunicación, el vínculo y la autonomía de dichos sujetos.

Las distintas formas de concebir la discapacidad y los posicionamientos profesionales se reflejan en nuestras intervenciones y pueden constituirse en fuertes barreras simbólicas y culturales. Esto me remite a pensar en la importancia de que los profesionales supervisemos, nos capacitemos y revisemos nuestras propias prácticas.

Desde las miradas más paternalistas, las personas con discapacidad son consideradas objetos de asistencia, una asistencia que por momentos avasalla la intimidad, la independencia y la autonomía.

Adscribiendo al paradigma de la inclusión, partiendo de una perspectiva de derechos, y considerando a la salud como un derecho humano fundamental, coincido con M. E. Mogollón en que *“Abordar la discapacidad como una cuestión de derechos humanos ayuda a apreciar la dignidad, libertad y autonomía de las personas con discapacidad, contribuye a distinguir que no se trata sólo de un problema físico sino también de una actitud de la sociedad, de una*

8 Participé de los siguientes espacios: Taller de Telar, Cine Taller y Biblioteca Inclusiva Rodante. Asimismo me incorporé a las actividades propias del Servicio Social de la institución.

construcción cultural, de cómo se considera a estas personas y de cómo son en realidad, para dejar de verlos como un problema social, con una actitud de lástima o paternalismo.” (2007: 154)

La dimensión geográfica de la accesibilidad requiere una especial mención. La institución está emplazada en la zona sur del Gran Buenos Aires, un tanto alejada de centros urbano-comerciales lo que obstaculiza en cierta forma la participación e inclusión social de las personas que allí residen. Para disminuir estas barreras la institución planifica diversos paseos, salidas y actividades que promuevan la participación social.

Por otra parte, el Cottolengo cuenta con 15 hogares emplazados en un mismo predio. Para aquellas personas con una discapacidad profunda y dificultad para movilizarse, o que simplemente por su preferencia no deambulan, se ofrecen estímulos y actividades dentro de su hogar.

Así es que participé en el armado de una Biblioteca Inclusiva Rodante. *“Dos características fundamentales adquirió el proyecto, por un lado el protagonismo ofrecido a los residentes desempeñando roles tanto de cogestores de la biblioteca como de escritores y/o narradores y por el otro, su carácter inclusivo e itinerante. El carácter inclusivo está dado por la incorporación a la biblioteca de materiales en distintos soportes (Libros, audio/libros, pictogramas, etc.) Y el itinerante persigue facilitar y ampliar el acceso de quienes habitualmente no participan de otras actividades fuera del hogar”.* (SCHNEIDERMAN, 2011:22)

La planificación de las estrategias de intervención, talleres y/o actividades grupales desarrolladas durante la rotación implicaron tener siempre presente la necesidad de reducir al máximo posible, también las barreras instrumentales. Haciendo necesario realizar adaptaciones en los materiales a utilizar y evaluar y generar apoyos⁹ en función de las capacidades y movilidad de las personas.

Por ejemplo, durante mi participación en el Taller de Telar, me fue necesario investigar distintas técnicas de tejido, formas de explicar los procedimientos y adaptar no sólo los telares sino también las formas de tejer cambiando la orientación y posición de los instrumentos, inventando navetas¹⁰, etc.

La necesidad de encontrar canales alternativos de comunicación, identificar y realizar adaptaciones y apoyos y de delinear estrategias de intervención que fomenten el mayor grado de independencia posible requirió poner en juego la creatividad.

Esa cualidad puesta al servicio de una intervención que promueva derechos y autonomía puede constituirse, desde mi punto de vista, en una herramienta fundamental para “crear” accesibilidad.

Considero interesante sumar la análisis reflexiones en torno a una situación emblemática para ejemplificar cómo desde mis intervenciones traté de tender puentes entre la titularidad de derechos y el ejercicio de los mismos a través de la construcción de accesibilidad en todas sus dimensiones.

JM es un joven de 29 con una discapacidad mental moderada y una complicación visual de

⁹ Por apoyos me refiero a productos de apoyo o tecnologías asistivas, entendidos como aquellos dispositivos, equipos, instrumentos y/o, tecnologías destinadas a prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. (Apuntes curso “Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. CIAPAT”

¹⁰ Es un utensilio que se utiliza para el tejido a telar.

origen neurológico. Él tuvo la inquietud de ir a votar en las últimas elecciones. Su planteo generó diversas controversias, entre quienes desestimaban su interés y quienes *“priorizábamos las inquietudes de JM, considerábamos que el derecho era preexistente y que lo necesario era establecer una estrategia de acompañamiento. Es decir, los que reconocíamos su capacidad jurídica y la necesidad de elaborar estrategias de apoyo para el ejercicio de la misma.”* (SCHNEIDERMAN, 2012: 2)

Desde ese posicionamiento profesional mis intervenciones tendieron a favorecer el máximo grado de independencia y a enfatizar la importancia del acompañamiento y apoyo profesional dirigidos a reforzar las capacidades de la persona para que, *“apoyándose sobre ellas (...) y sobre sus preferencias y deseos, (el sujeto) llegue a ejercer al máximo su autonomía”* (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 2010: 6)

Considero interesante volver a detenerme en la existencia de posiciones contrapuestas en relación a la participación de JM en el acto electoral dado que hasta que no se establecieron los acuerdos necesarios para ello, se presentaron innumerables barreras administrativas y sobre todo obstáculos programáticos generados al interior de la institución.

Fue muy valioso el aporte realizado desde Trabajo Social para la promoción y protección de los derechos y para construir estrategias de intervención que sitúen en el centro del proceso de intervención a la persona, que estén por encima del saber profesional y de las necesidades organizativas. (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, 2010: 6)

Continuando con el relato de esta situación, dado que no existían impedimentos legales para que el joven pudiera votar, desde el Servicio Social acompañé a JM en el proceso. Como figuraba en el padrón electoral, el primer paso fue informarme sobre mecanismos estatales que previeran la inclusión y sobre recursos facilitadores del ejercicio del derecho al voto. Es decir, que la capacitación fue un insumo fundamental a la hora de delinear las estrategias de intervención.

Al interior de la institución se articuló una red de apoyo para acompañarlo el día de la elección. Se previó, en cuanto a las barreras administrativas, dejar lista la autorización de salida con anterioridad.

“Desde el servicio social, utilizando un lenguaje sencillo, conceptos concretos e imágenes trabajé con él en cómo es todo el proceso. Según un listado que se llama padrón cada persona tiene asignada una escuela y una mesa, se debe presentar el DNI al presidente de mesa quien nos va a dar un sobre. Que para poner la boleta en él tenemos que entrar al cuarto oscuro para evitar que alguien nos vea. Explicué que el cuarto oscuro no es realmente oscuro que tiene las luces prendidas y las ventanas tapadas porque nadie se puede enterar a quien votamos. Que ese sobre lo depositamos en una caja que se llama urna y recién ahí nos devuelven el documento con un sellito que dice que votamos.” (SCHNEIDERMAN, 2012: 3)

Trabajé con JM, para que pudiera identificar la boleta que él quería, mostrándole tanto la de su candidato como la de otros. Es de destacar que los colores y las imágenes de los postulantes incorporadas a las boletas oficiales constituyeron un apoyo esencial, estos facilitaron la accesibilidad instrumental.

Por último rescato que el haber podido efectivizar su derecho al voto le permitió a JM ejercer un rol adulto y de participación, concretando un proyecto autónomo de emancipación e inclusión social en condiciones de igualdad, siendo las intervenciones desplegadas un sostén fundamental para ello.

Tal como lo sostuve a lo largo de todo el trabajo, considero que los posicionamientos profesionales son constructores de subjetividad y accesibilidad (o de barreras) en todas sus dimensiones. Me inclino por aquellas que partiendo de las motivaciones, potencialidades y capacidades, promuevan la autonomía y la inclusión social de todas las personas desde una

perspectiva universal.

CONCLUSIONES

La accesibilidad concebida de manera universal y ampliada, implica hacer confluir las dimensiones comprendidas en la accesibilidad en el uso tradicional del término y las que constituyen la denominada accesibilidad universal. Es decir, considerar tanto las variables geográficas, culturales, económicas y administrativas como las arquitectónicas, instrumentales, comunicacionales y programáticas para todas las personas por igual.

Si la misma es entendida como encuentro entre el sujeto y los servicios de salud y como un puente entre la titularidad de los derechos y el ejercicio efectivo de éstos, desde una perspectiva de derechos humanos y salud integral, se constituye un concepto clave.

Desde el trabajo social las intervenciones deben tender a reducir las barreras o limitaciones que obturan el derecho a una atención integral de la salud y ello es posible desde todos los ámbitos de inserción profesional como queda ejemplificado con las diversas situaciones y experiencias analizadas.

El trabajo social puede realizar grandes aportes desde una lectura crítica, contextualizada, reflexiva e histórica que contribuya a la efectivización y fortalecimiento de los derechos humanos.

Enmarcarse desde un enfoque de derechos implica considerar a las personas como sujetos plenos de derechos reconociendo su dignidad, autonomía, capacidades y potencialidades. En este sentido para nuestra profesión resulta imperioso desplegar intervenciones promocionales y productoras de accesibilidad que las tengan como protagonistas principales.

A la hora de delinear estrategias de intervención es necesario contemplar todas las variables de la accesibilidad universal ampliada a fin de reducir al máximo posible las limitaciones al ejercicio efectivo de derechos.

El vínculo que el Trabajador Social establezca con el sujeto para con el que interviene puede constituirse en sí mismo en una herramienta constructora de accesibilidad o en un obstaculizador de la misma. Si se constituye en un espacio libre de juicios valorativos en el que se promueve la comunicación, se fomenta el diálogo y la manifestación de los intereses y necesidades de la personas permitirá crear condiciones de accesibilidad tanto comunicacional como actitudinal.

En relación a la accesibilidad comunicacional interesa también retomar que ella no es solo adaptar el lenguaje o utilizar apoyaturas para comunicarse sino poder generar un espacio de intercambio y contención que permita reposicionar al sujeto produciendo el corrimiento de obstáculos culturales y simbólicos.

Al interior de los equipos de salud es necesario problematizar y visualizar todas las dimensiones de la accesibilidad universal ampliada. Así como también realizar acuerdos y articulaciones tanto intra como inter equipos, instituciones y sectores que dejen de lado disputas de poder a fin de disminuir las barreras administrativas y programáticas que se interponen entre el sujeto y el pleno ejercicio de sus derechos.

Por otra parte frente a las barreras programáticas, que como mencioné emergen tanto a asociadas a cuestiones más estructurales o macro sociales como la falta de programas, leyes, etc. como las que nacen al interior de las instituciones, considero que siempre es posible desplegar acciones que tiendan a reducirlas.

Para ello es importante también revalorizar la inserción profesional en instancias de toma de decisión en todos los ámbitos y niveles aportando en la planificación de planes, programas y proyectos así como en la elaboración de políticas públicas y normativas que tiendan a la eliminación de las mismas.

En relación a este tipo de obstáculos las principales estrategias deben constituirse en el acompañamiento, asesoramiento sobre derechos, programas sociales y sobre la búsqueda de mecanismos adecuados de reclamo para la restitución de los mismos. Asimismo cobra relevancia la supervisión como instancia que permitirá al profesional trabajar sobre la frustración que el quedar atrapado en el sistema y sin respuestas implica.

Para promover accesibilidad universal ampliada son fundamentales tanto las capacitaciones y actualizaciones como los procesos de reflexión constante de la visión teórico – ideológica que sostenemos, lo que incluye la revisión del uso de ciertas categorías y lo que ellas implican. Así como también una revisión crítica sobre nuestras propias prácticas y actitudes, buscando desterrar barreras simbólicas y actitudinales.

Reafirmo que los efectos subjetivantes de nuestras intervenciones deben tender hacia la constitución de sujetos de derecho, activos en la defensa, promoción y protección de sus derechos, es decir facilitar puntos de encuentro también desde las condiciones y representaciones de sí mismos que tienen los sujetos.

En síntesis, la supresión de las barreras que obstaculizan el ejercicio efectivo de derechos, la participación social y la inclusión de todas las personas por igual y generan limitaciones de carácter arquitectónico, comunicacional, geográfico, programático, cultural y/o actitudinal, debe defenderse desde todos los ámbitos de inserción profesional del Trabajo Social y no sólo desde aquellos donde se trabaja con personas con discapacidad. Nuestra disciplina cuenta con innumerables herramientas y puede realizar valiosos aportes para contribuir para que así sea.

A partir del recorrido realizado durante estos años de capacitación, profundicé y resignifiqué el concepto de accesibilidad, incluyendo y comprendiendo sus diferentes dimensiones y variables. Asimismo adquirí competencias, destrezas y habilidades para que mis intervenciones contribuyan a su facilitación.

El tránsito por estos tres años de residencia me posibilitó alcanzar aprendizajes significativos que atesoraré a lo largo de todo mi desarrollo profesional. Fue una experiencia que me permitió crecer tanto personal como profesionalmente pero sobre todo y más allá de todo, reelegir la profesión en cada una de las intervenciones desplegadas.

BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA DE NOTICIAS DE DERECHOS DE LA INFANCIA Y FUNDACAO BANCO DO BRASIL. (ANDI) *Medios de comunicación y discapacidad. Análisis periodístico desde la óptica de los derechos del niño. S/D*
- ALAYON, N. *Asistencia y asistencialismo: ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?* Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2008.
- CARBALLEDA, A. *La intervención en lo social: exclusión en los nuevos escenarios sociales.* Paidós, Buenos Aires. 2004.
- CARBALLEDA, A. (Compilador). *Trabajo social y padecimiento subjetivo. Colección cuadernos de margen.* Espacio, Buenos Aires, 2009.
- CAZZANIGA, Susana. *Hilos y nudos: La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social.* Ed. Espacio, Buenos Aires, 2007.
- COMES, Y. y Otros. *El Concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios.* Anuario de investigaciones, volumen XIV. Facultad de Psicología – UBA. CABA. 2006
- CUENCA GOMEZ, P, A. *La igualdad en la capacidad jurídica de las personas con discapacidad: algunas implicaciones del art. 12 de la CIDPD en el Odenamiento jurídico español.* Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas” Madrid. 2010.
- FERRARA, F. *Teoría Social y Salud.* Catálogo ediciones. Buenos Aires, 1985
- GERMAN, E. y OTROS. *El DNI como instrumento de inclusión social: hacia un ejercicio efectivo de los derechos.* Poder Ciudadano, Buenos Aires, 2008.
- ROZAS PAGAZA, M. *Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social.* Editorial Espacio, Bs As, 2002.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. “*La atención integral centrada en el paciente: principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia.*” Informe Portal Mayores N° 106, Madrid, 2010.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos Nro. 1. Ginebra. 2002*
- SALA MOZOS, E. y OTROS. *Accesibilidad Universal en los municipios: guía para una política integral de promoción y gestión.* Colección Manuales y Guías. IMSERSO. Madrid 2006.

LEYES Y NORMATIVAS

- Ministerio de Salud de la Nación. *Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad.*
- Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley 23.337 de ejercicio profesional de Servicio o Trabajo Social.
- Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de CABA.