

Artículos seleccionados

Con-formación de espacios habilitantes como forma de construcción de accesibilidad

Josefina Choisie^a

Fecha de recepción: 9 de agosto de 2022
Fecha de aceptación: 21 de septiembre de 2022
Correspondencia a: Josefina Choisie
Correo electrónico: josechoisie@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Residente en la Residencia de Trabajo Social en Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente trabajo busca compartir algunos de los aprendizajes construidos acerca de las formas en que las decisiones que tomamos como profesionales pueden contribuir a generar accesibilidad o bien a obstaculizarla.

Se desarrollan conceptos que dan cuenta de las oportunidades que tenemos de adoptar alternativas respecto a las categorías que utilizamos, el encuadre que construimos o los modelos de atención desde los que intervenimos, con el fin de posibilitar la conformación de espacios que validen y alojen diferentes formas de existir. Esto último se convierte en un punto clave para dar viabilidad de manera respetuosa, a nuestros objetivos profesionales utilizando las herramientas que el trabajo social privilegia.

Es menester recuperar las experiencias de formación e intervención que he transitado en dos dispositivos destinados a poblaciones distintas y en contextos diferentes. Los mismos reúnen ciertas características que considero oportunas y esperanzadoras para ilustrar la necesidad de crear espacios que denomino habilitantes, por ser desprejuiciados, confiables y con la suficiente apertura para generar intercambios posibles y efectivos entre profesionales y usuarios/os.

Palabras clave: Salud - Accesibilidad - Espacios habilitantes.

Summary

This work seeks to share some of the lessons learned about the ways in which the decisions we make as professionals can contribute to generating accessibility or hinder it.

Concepts are developed that account for the opportunities we have to adopt alternatives regarding the categories we use, the framework we build or the care models from which we intervene, in order to enable the creation of spaces that validate and accommodate different forms to exist. That is really important to give feasibility in a respectful way, to our professional objectives using the tools that social work privileges.

It is necessary to recover the experiences of training and intervention that I have gone through in two institutions aimed at different populations and in different contexts. They have certain characteristics that I consider timely and hopeful to illustrate the need to create spaces that I call enablers, because they are unprejudiced, reliable and open enough to generate possible and effective exchanges between professionals and users.

Key words: Health - Accessibility - Enabling spaces.

Introducción

El fin de este trabajo es dar cuenta de algunos de los aprendizajes construidos acerca de las formas en que puede construirse accesibilidad desde nuestras decisiones como profesionales, y cómo esto opera en los procesos de intervención en los que participamos.

En consecuencia, se busca explicitar algunas alternativas existentes en las categorías que usamos y/o el modelo de atención/intervención desde el cual nos posicionamos como trabajadores sociales, para así construir mayor accesibilidad en los procesos de salud- enferme-

dad-atención-cuidado (en adelante PSEAC) (Menéndez, 1994) de la población.

El mismo se desarrolla en el marco de mi tercer año de formación de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y sintetiza este aspecto en mis rotaciones programática y electiva¹; identificando puntos en común en una temática y contexto diferentes como son un dispositivo de tratamiento de consumos problemáticos en Bajo Flores, dependiente del Área Programática de un Hospital público de CABA y un Centro de atención a las sexualidades destinado a población joven en Barcelona- España gestionado por una Organización No Gubernamental (ONG).

1. La Residencia de Trabajo Social en Salud es un posgrado de capacitación en servicio, dependiente del área de Salud de la CABA. En el transcurso de su tercer año de formación, existe la posibilidad de escoger dos espacios de inserción profesional por fuera de la sede formadora u hospital de base. Uno debe ser dentro de la CABA vinculado a la temática de salud mental o rehabilitación; y otro externo acorde a temáticas y lugares de interés.

En este sentido, he identificado que la conformación de espacios que “habilitan”, o al menos dan lugar a otras formas de existir distintas a las estereotipadas, eliminan barreras simbólicas (Comes, 2004) que excluyen y expulsan de los dispositivos de salud. Esto genera inevitablemente accesibilidad a los espacios en los que nos desempeñamos profesionalmente. De esta manera, y a diferencia de otro tipo de barreras en la accesibilidad, es una acción deliberada que puede impactar directamente en la relación de la/el usuaria/o con el sistema de salud y por esto mismo es que resulta relevante considerarlo. Para hacerlo, desarrollaré teóricamente las categorías que devienen pertinentes, y las articularé con situaciones de intervención que he identificado en la práctica. Además de una revisión bibliográfica significativa, me valdré de mi propio registro de participación en las entrevistas, talleres, cursos, reuniones y supervisiones de equipo que he acumulado durante mi tránsito por espacios de formación y atención asistencial.

Las barreras que podemos de-construir

El concepto de accesibilidad ha sido desarrollado por muchos autores, en tanto su definición no sólo indica cómo debería ser la atención en salud, sino que también enumera lo que serían obstaculizadores para su efectiva ejecución, que se denominan barreras. Clásicamente, se las agrupa en cuatro dimensiones (Comes, 2004): económicas, geográficas, administrativas y en la que haremos foco en este trabajo, la simbólica (también denominada sociocultural (Ferrara, 1987)).

Se considera a la accesibilidad como un “vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner y otros, 2000:282). Así, se la identifica como una categoría relacional y en consecuencia dinámica; en tanto en ella se ponen en juego las condiciones y discursos de los servicios de salud, con las condiciones y representaciones que los sujetos tienen de éstos y de sí mismos (Stolkiner y otros, 2000:282). En este sentido, deberíamos “incluir entre las estrategias que se establezcan para facilitar el acceso, las prácticas de vida y salud de la población” (Solitario y otros, 2008:264), pero también para validar las distintas formas de habitar, ser y sentir. Esto último se debe a 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, 2007:208).

El desafío acerca de hacer efectivos derechos, tiene que ver con pensar “cómo hacer para que [las Instituciones] dejen de operar sobre la imagen de “vidas ideales” y acepten armarse para sostener todas las vidas posibles” (Chavez, 2014:4). En relación a esto, la abogada e investigadora Agustina Ramón Michel, en su trabajo sobre la inaccesibilidad al aborto no punible, caracteriza también las barreras a la accesibilidad impuestas por los profesionales de la salud. Si bien lo describe haciendo referencia a su tema de investigación, nos sirve para pensar qué sucede de forma genérica ante la demanda de otras prestaciones:

Parte de las conductas, actitudes y prácticas obstaculizadoras de los proveedores y autoridades sanitarias se explican por factores culturales propios de los servicios y otros generados desde la sociedad que permean y también integran las dinámicas de los servicios de salud (...) En ocasiones serán las opiniones más naturalizadas de los profesionales (...) lo que determinará la inaccesibilidad o la accesibilidad. (Ramón Michel, 2011:183)

Entonces, hago referencia a que la accesibilidad no finaliza con el ingreso al sistema de salud, sino que implica una recorrida singularizada, atravesada por una serie de circunstancias que la condicionan hasta llegar a la resolución integral de la demanda: desde lo macro en término de marcos normativos, sentidos comunes existentes pero obsoletos, dinámicas institucionales; hasta lo micro en relación a las trayectorias únicas y singulares de cada usuaria/o y de las/los profesionales con que se encuentran, pasando por cuestiones coyunturales como la agenda pública del momento y las discusiones/debates más-menos progresistas que se estén dando sobre determinados temas. Cuando se trata de poblaciones específicas, las representaciones que operan hoy en el imaginario social profundizan la vulnerabilidad de estos sujetos en relación al acceso a la salud, marcando aún más la indeseabilidad del lugar que ocupan en la sociedad, generando distanciamiento, evitación y sospecha de los usuarios (EPELE, 2007).

En consecuencia, esta accesibilidad que es variable, estará condicionada -positiva o negativamente- al igual que la propia subjetividad de quien la pretende, a las interrelaciones de poder a las que esté suscripta. En palabras del médico especialista en salud pública Mario Rovere “(...) el sujeto (sub-iectum), en cierta manera, está atrapado en relaciones de poder que lo producen (“el sujeto está sujetado” a decir de Foucault); el sujeto está colocado en una trayectoria subordinada a diversas determinaciones” (Rovere, 2016:225).

Por ello, para construir accesibilidad, también es necesario involucrar las variables de pertenencia a las redes de sociabilidad y las diferentes construcciones de la identidad (Carballeda, 2014). A su vez,

El fenómeno de la inaccesibilidad (...) [es una situación] en la que el derecho se despliega de manera incompleta, intrincada y erizada. También, y en esa medida, muestra que las adjudicaciones de los derechos no son suficientes, se requieren condiciones habilitantes para su ejercicio (Ramón Michel, 2011:195).

Precisamente, este trabajo busca hacer explícita estas condiciones, o la porción de estas condiciones que depende de las decisiones, elecciones o posicionamientos que tomamos como trabajadores de la salud.

Qué son y cómo conformar espacios habilitantes

Se trata de espacios que reciben hospitalariamente y alojan a las personas en su complejidad, creando un entorno de seguridad y confianza. Hace falta pensar en estos ámbitos y en la oportunidad que tenemos de reproducirlos, porque este contexto permitirá la conformación de un vínculo y esto último redundará en accesibilidad.

En esta línea, la propuesta es propiciar encuadres que den lugar a la expresión como proceso subjetivante. De esta forma, se busca involucrar a la/el usuaria/o activamente en su PSEAC. Para que esto suceda, es necesario desrigidizar las estructuras de los espacios de atención y favorecer un intercambio exceptuado de juicios y supuestos con el fin de validar la diversidad de la/el otra/o.

El formular preguntas tan abiertas como sean posibles, no sólo no condiciona o restringe la respuesta sino sirve como herramienta para generar interrogantes acerca de las posibilidades de lo que preguntamos a la comunidad toda. En este sentido, apela a la intervención desde la educación para la salud. Tal vez esa pregunta no interpele a la/el usuaria/o, o no sea entendida porque hace referencia a algo "incuestionable" para ese sujeto, pero contribuye a repensar lo dado/estereotipado o asumido como única opción posible. Considerando que la infor-

mación, de que existen otras maneras de existir, es salud. Teniendo esto en cuenta y en función del rol que ocupamos como profesionales y trabajadores de la salud, debemos considerar que nos encontramos en una relación desigual con las/los usuarias/os, habida cuenta que existe cierto poder en nuestras palabras (Morgan y otros, 1985:124). Además, a esto se suma las concepciones que tenemos acerca de la salud y nuestras funciones, que muchas veces dificultan un mayor diálogo y la incorporación plena del enfoque de derechos (Ramón Michel, 2011:166).

Siguiendo esta línea de pensamiento, tomo la concepción de hospitalidad que utiliza el filósofo Jacques Derrida, que se centra en un anfitrión que da la bienvenida, aloja y responde a las necesidades de las/os otras/os, que son distintas/os (extrañas/os) a una/o misma/o: "Desde el momento en que me abro, doy, «acogida» -por retomar el término de Lévinas- a la alteridad del otro, ya estoy en una disposición hospitalaria" (Derrida, 2000:2). Considero de real importancia adoptar una actitud hospitalaria, no cerrar la puerta a lo incalculable², ya que posibilita la constitución de identidades³ (distintas, diversas), en sentido que las legitima (Innerarity, 2001).

Este poder en la palabra no sólo se encuentra entre las cosas que decimos, sino en cómo lo decimos (¿valoramos?), y también en lo que no nombramos. Sí, como la parte "poderosa" de la relación omitimos o excluimos distintas formas de existir, las invalidamos en el vínculo.

En esta situación desigual, comparto lo que expresa Ramón Michel⁴ al mencionar que la capacidad de las/os usuarias/os de reclamar prestaciones adecuadas debería lograrse a partir de la concepción del profesional que se basa en el respeto, el conocimiento científico, la autonomía, la empatía que recoge datos del contexto y de la trayectoria de vida de cada sujeto; y no debiera depender del puro esfuerzo personal y posibilidades situacionales (según los recursos materiales y simbólicos disponibles) de cada quien (Ramón Michel, 2011:168).

Además de esto último, sin ánimo de sobrecargar de responsabilidad a las/los profesionales, pero con la certeza de que enriquecería nuestras intervenciones, es necesario propiciar un encuadre en el que la/el sujeto

2. Expresión que utiliza Jacques Derrida en una entrevista realizada por Dominique Dhombres, para Le Moonde, 2 de diciembre de 1997.

3. Según expresa el autor, éstas sólo existen en una relación recíproca, y es válida si es reconocida por otras/os.

4. En su caso hace referencia a las mujeres en relación al aborto, pero aplica en general.

no se constituya como alguien “inesperada/o” en los términos que describe el colega Alfredo Carballeda al hablar de accesibilidad y políticas públicas:

“Un sujeto que las instituciones a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde nuevas lógicas y climas de época. La respuesta institucional, en muchos casos, pasa del azoramiento al rechazo, producto posiblemente de la extrañeza y el temor que causa lo diferente o lo ajeno. De este modo, la accesibilidad se presenta también en estas circunstancias interpelando a las prácticas y políticas del sector desde la formación y capacitación de los equipos de salud” (Carballeda, 2014:6).

Para hacerlo, es menester profundizar en las distintas dimensiones que se ponen en juego en el entramado institucional como un “modo de repensar la práctica, para orientarla hacia un trabajo que trascienda la repetición de instancias de control, exclusión, productoras de desubjetivación” (Sabadotto, 2018:120).

Con el fin de lograr este objetivo, utilizaremos el discurso (y al lenguaje), la flexibilización de los encuadres de consulta estereotipados y todas las herramientas que facilitan la expresión con las que contamos, como aliadas/os estratégicas/os. Esto se debe a que, entendido en los términos que lo define Laclau, el discurso

(...) habilita, y construye condiciones de posibilidad para el desarrollo de nuevas prácticas y reflexiones. Plantea y modifica los escenarios- el mismo discurso es escenario- y constituye, con sus interpelaciones, las decisiones que habilita y las preguntas que prioriza, a los actores entre los que circula (Bazzalo, 2011:2).

El Trabajo social en esta construcción

En el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud, he transitado por diversos espacios que permiten dar cuenta de lo que planteo. He podido encontrar ejemplos de trato amoroso y alojador en casi todos los espacios por los que he transitado, pero han tenido que ver más con una actitud personal de la/el profesional que con directivas o propuestas institucionales. Es entonces que resulta desafiante traducir las reflexiones acerca de la caracterización de espacios habilitantes a prácticas y dispositivos concretos en el marco de efectores públicos de salud. Dicho desafío radica en que esta perspectiva conlleva tensiones en el cotidiano de la atención de los PSEAC ya que implica un cuestionamiento a todas las prácticas y saberes hegemónicos institucionalizados.

Ejemplo de esto, el dispositivo de atención a consumos problemáticos al que hago mención más adelante, es único en su tipo dentro del sistema de salud de CABA. Parece ficticio que a sabiendas de la falta que hacen efectores de esta índole, frente al aumento de situaciones de consumo y calle en la Ciudad, no se haya replicado esta experiencia como política pública, y que se sostenga casi por activismo de las/los profesionales y su compromiso con las/os usuarias/os.

Como parte del quehacer profesional de las/los trabajadores sociales en el ámbito de la salud, se destaca el uso de “tecnologías blandas”, dentro de lo que se encuentran las relaciones de producción de vínculo, las relaciones de autonomización y el acogimiento entre otras (Balenzano, 2011). En este sentido, somos las/os trabajadoras sociales quienes de forma multi o interdisciplinaria aportamos una visión integral de las/los sujetos que obliga (o pretende hacerlo) a considerar dimensiones más allá de la biomédica en los PSEAC. Por lo expuesto, redundo la aclaración de que la incorporación de una mirada que tenga en cuenta la biografía, el contexto y los principales significantes de las personas, se traducirá en mayor respeto del derecho básico de acceso a la salud.

Asimismo, teniendo en cuenta que la entrevista es una de nuestras mayores herramientas, tenemos el entrenamiento para la escucha activa y el uso de la palabra. A través de ella “es posible oprimir, alienar, pero también es un medio liberador cuando «la voz interpelante del Otro es escuchada»” (Bustos, 2010:56). En este sentido, somos actrices/actores privilegiadas/os para generar accesibilidad a través del discurso y tenemos la capacidad de escucha para alojar a las/os usuarias/os y poder conjugar potencialidades, experiencias, trayectorias y estrategias. Es pertinente aclarar que no se trata de una herramienta ingenua o bondadosa per se. Su uso está direccionado por el posicionamiento ético político de las/los profesionales y puede convertirse en un instrumento de control, dominación y poder. Así, es necesario tener en cuenta que los principios comunicativos

“...deben estar destinados a la co-construcción de nuevos discursos, propios del sujeto, sin la influencia de discursos ajenos, extraños (ROIG, pág. 285), que mediatizan los intereses dominantes, sino por el contrario que signifiquen la voz del Otro, generando códigos comunicacionales abiertos, flexibles y democratizadores” (Bustos, 2010:55)

Sumado a esto, somos muchas veces dentro de los equipos de salud, quienes abogamos por el respeto de las

tradiciones culturales de las/los usuarias/os, intentando introducir una mirada intercultural que también es una forma de recibir hospitalariamente a quienes acuden a nosotras/os.

Dicho esto, me propongo contribuir con algunas pistas, alojadas en las categorías desde las cuales pensamos, con las que intervenimos y nos comunicamos con otras/os; y en los modelos de atención desde los que nos posicionamos para construir constante y cotidianamente.

Las categorías que utilizamos.

"Una palabra y todo está salvado, una palabra y todo está perdido".

André Bretón

Durante mi rotación de tres meses por un Centro de atención a las sexualidades destinado a población joven dependiente de una ONG en Barcelona, es que comencé a cuestionar las categorías que utilizamos y las formas de preguntar. Esta inquietud fue tal porque me encontré con formas distintas y descubrí que no se trataba de variaciones del lenguaje por el contexto⁵ sino que cada concepto había sido discutido y acordado por los equipos con el propósito de incluir a toda la población y no dar por supuesta ninguna respuesta.

Al ingresar a la Institución, desde la recepción se saluda y luego se pregunta por un nombre y un pronombre. Este primer acto no pareciera insumir mucho esfuerzo, y sin embargo se convierte en una declaración acerca de un posicionamiento ético-político que reconoce distintas formas de sentir y expresar la propia identidad. A su vez, contribuye al ejercicio de no presuponer la identidad de género de las personas por su expresión de género.

También, al completar "la ficha" de atención (análoga a la apertura de una Historia de Salud Integral HSI), se enumeran posibles opciones, lo que invita a pensar sobre las respuestas más allá de la forma automática en la que solemos responder. Por ejemplo: acerca de relaciones actuales se incluye sexo-afectivas, pareja (ex-

clusiva o abierta), esporádica; quitándole cierta presión moral (que sabemos aún existe) a la respuesta y posibilitando un intercambio honesto con la/el usuaria/o. Sobre identidad de género: variantes cis, trans, fluido/no binario y "otros"; acerca de orientación sexual/afectiva: heterosexual, homosexual, bisexual, pansexual y "otros". De esta manera, se genera un encuadre que la/el usuaria/o puede identificar como abierto y desprejuiciado que colaborará en la construcción de un espacio seguro para plantear sus inquietudes. En este sentido es que esta estrategia de comunicación que no es ingenua sino deliberada, transforma la consulta en un espacio habilitante.

Otra expresión que consideré interesante adoptar tiene que ver con preguntar acerca de relaciones sexuales compartidas. En espacios de consejerías de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Métodos anticonceptivos (MAC), etc. damos por supuesto que la pregunta sobre "inicio de relaciones sexuales" o "última relación sexual" se trata de relación sexual compartida (porque tiene que ver con la exposición y el riesgo) e invalidamos a las relaciones sexuales que mantenemos con nosotros mismos. De este modo, explicitar "compartidas", habilita el surgimiento de otras posibilidades.

Por otro lado, en un contexto diferente como lo fue mi rotación por un dispositivo del GCBA que trabaja con personas con consumo problemático en Bajo Flores – CABA, el repensar las categorías que utilizamos fue tomado en supervisiones de equipo aún cuando se trata de conceptos que usamos más entre profesionales que para con las/os usuarias/os. A saber: la propuesta de reemplazar la palabra "admisión" por "recepción" para referirnos a las entrevistas de primera vez, problematiza el hecho de que una entrevista de admisión admite a algunas/os y deja afuera a otras/os. Pensar que estamos recibiendo y no admitiendo, incluye a todas/os las/los sujetos. Dicho así, el renombrar esta práctica va a redefinir la experiencia de la/el sujeto y encuadrará la intervención profesional. El cambio tiene peso simbólico y subjetivo, y se traduce en mayor accesibilidad en lo concreto.

5. Hago referencia no sólo a las variantes del lenguaje que pueden darse en un mismo territorio por diferencias de clase, modismos/lunfardo, etapa generacional en la que se encuentra la población; sino también al tratarse de una ciudad europea culturalmente diferente a la nuestra, donde se habla otro castellano e incluso convive y se mezcla con expresiones en catalán.

Modelo de atención que elegimos.

“No hay cultura ni vínculo social sin un principio de hospitalidad”

Jacques Derrida.

Así como la elección de llamar a las cosas por uno u otro nombre, el modelo de atención, el posicionamiento ético-político y el marco teórico que adoptamos, también puede generar un espacio habilitante. De este modo, el hecho de que el dispositivo de atención a personas con consumo utilice la perspectiva de reducción de riesgos y daños (RRyD), centrando el foco en las personas, en sus procesos subjetivos y no demonizando o criminalizando los consumos sino tratando de significar la relación con estos (Marlatt, 1998); permite el acceso de muchas/os sujetos que fueron expulsadas/os de otras instituciones que les ven como delincuentes, personas adictas y peligrosas. A su vez, que se trabaje con un umbral mínimo de exigencia propicia que cada usuaria/o pueda asumir un compromiso de tratamiento que sea posible para su propia realidad y contexto: exigir abstinencia en un tratamiento ambulatorio y penalizar el consumo se traducirá en un sinfín de puertas cerradas para quienes consumen de manera problemática y proporcionará un golpe en las expectativas de éxito en el proceso terapéutico que le sujeto pueda tener.

Del mismo modo, es preciso entender cómo ha operado subjetivamente en la población usuaria de un sistema sanitario que enjuicia y valora (incluso moralmente) prácticas por sobre la atención a las problemáticas. Esto obstaculiza la oportunidad de que las/los sujetos puedan acceder a la atención de su salud. Es así que, plantear un encuadre flexible se convierte en una decisión acertada de intervención profesional en tanto posibilita convocar a las/los usuarias/os desde actividades diversas que son promotoras de salud y generan el espacio para poder expresarse y construir vínculos con otras/os significativos y con la comunidad.

Por otro lado, en relación a la atención a las sexualidades y durante mi estancia en Barcelona, pude ponerle nombre a cierto modo de atención respetuoso de la historia de las personas, que considera a la sexualidad positivamente y como una construcción personal. Se trata de la perspectiva biográfica, en cuyo modelo de intervención “La sexualidad se reconoce como un derecho a ser vivida y como factor de bienestar, así como el respeto incondicional a la diversidad sexual y a la ayuda de los sujetos a ser más libres y responsables en la promoción del bien-

estar personal- social, de igual modo en el reconocimiento a la existencia de diferentes biografías sexuales. Los esfuerzos de los profesionales y las profesionales deben orientarse al logro de facilitar el bienestar desde la biografía de cada ser humano” (Fallas Vargas y otros, 2012:63).

Cabe extrapolar estos principios para ser utilizados en áreas distintas a la de las sexualidades, ya que se basa en el conocimiento científico, la formación no sesgada y la promoción de la libre elección de las personas. Esto puede ser tenido en cuenta en todos los ámbitos ya que contribuye a generar espacios habilitantes que van en detrimento de los que tienden a regular moralmente la vida de las personas, o que de manera simplista persiguen ciertas acciones como causantes de enfermedad (hábitos, sexualidad, consumo de sustancias, etc.).

Respecto a nuestro rol como profesionales de la salud, plantea que es necesario que nuestra intervención pueda estar libre de estereotipos, prejuicios y ambigüedades, ya que

“...se basa en la idea de que es la persona orientada la que debe construir su propia vivencia de la sexualidad, por tanto, el papel del profesional o la profesional en orientación no puede ser otro que el mediador-facilitador entre los contenidos de la educación sexual y la propia biografía del alumnado o sujeto” (Fallas Vargas y otros, 2012:66).

Conclusiones

Resulta significativo identificar que nuestra actuación profesional puede participar en la construcción de accesibilidad y también obstaculizarla. Esto es, la posibilidad y la potencialidad que tenemos a través de las herramientas que nos son propias, como son la entrevista y la escucha activa, de batallar en el entramado de poder que se da al interior del campo de la salud pero también en el vínculo con las/los usuarias/os, en pos de construir prácticas que validen todas las formas de existir. Esto último implica asumir que lo “extraño” / “otro” resulta amenazante ya que entra en competencia con lo “propio” y fascinante ya que abre posibilidades desconocidas para la propia vida (Innerarity, 2001).

En consecuencia, no debemos ignorar las tensiones que estas perspectivas conllevan en el cotidiano de la atención de PSEAC en efectores públicos de salud, donde prima un modelo biogisista que desestima muchas veces los determinantes sociales (entre otros) de la salud

y hace foco en los cuerpos enfermos sin considerar lo complejo y multidimensional de las personas.

Asimismo, la necesidad de despojarnos de intervenciones estereotipadas, moralizantes y estandarizadas; y tener en cuenta a la población destinataria para adoptar un enfoque de abordaje que pueda hacer de la consulta un espacio habilitante. Esto generará experiencias beneficiosas tanto para las/los usuarias/os como para los equipos de salud. En este sentido, los encuadres flexibles y el respeto por la otredad nos aseguran mayor accesibilidad a la atención de los PSEAC y por tanto la efectivización del derecho a la salud de las personas.

Finalmente, como parte de estos dispositivos institucionales, tenemos la potestad de generar acciones subalternas o contra-hegemónicas (Chavez, 2014). Por ello, propongo hacer el ejercicio de prestar la debida atención a las categorías que utilizamos, el encuadre que construimos o los modelos de atención desde los que intervenimos para poder construir espacios habilitantes, alojadores y hospitalarios que puedan dar lugar a la potencia de cada sujeto desde aquellas cosas que compartimos y aquellas que no, desde las propias trayectorias e historias de vida, de los márgenes de posibilidad singulares en cada situación, cada momento y con cada usuaria/o y su entorno.

Bibliografía

- Andrada, A. y Raggiotti, L. (2014). *La dimensión cultural / comunicacional en la intervención del trabajador Social en Debates y proposiciones de Trabajo Social en el marco del Bicentenario*, compilado por Carmen Inés Lera. - 1.ª ed. - Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER. Facultad de Trabajo Social
- Bazzalo, A. (2011). *Discursos habilitantes y nuevos escenarios en las políticas sociales*. En - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" Año 1 - Nro. 2 - Artículos seleccionados.
- Bustos, F. (2010). *La entrevista como herramienta para una práctica democratizadora de las relaciones sociales*. Millcayac. Anuario de Ciencias Políticas y Sociales, número 8.
- Carballeda, A. (2014). *La accesibilidad y las políticas de salud*. Recuperado de: http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf.
- Chaves, M. (2014). *Haciendo trámites con los pibes y las familias: barreras de acceso y micropolíticas públicas* en Escenarios. Año 14 N° 21 Noviembre 2014. Facultad de Trabajo Social, UNLP. La Plata. Pp. 15-23 ISBN 1666-3942.
- Comes, Y. (2004). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Documento laboral del Proyecto de investigación P077-UBACyT.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., & Stolkner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de investigaciones, número 14.
- Derrida, J., Dufourmantelle, A., & Segoviano, M. (2000). *La hospitalidad*. (p. 31). Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- EPELE, M. (2007). "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización sobre el uso de drogas, complot y barreras al acceso a la salud". En Cuadernos de Antropología Social N° 25, pág. 151 a 158. Buenos Aires.
- Fallas Vargas, Manuel Arturo; Artavia Aguilar, Cindy; Gamboa Jiménez, Alejandra (2012). *Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional*. Revista Electrónica Educare, vol. 16, diciembre, pp. 53-71. Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica
- Fallas, A. (2009). *Educación afectiva y sexual. Programa de formación docente de secundaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca: España.
- Ferrara, Floreal (1987). *Teoría Social y Salud*. Ed.Catálogos. Buenos Aires.
- Guille, G. (2015). *Las aporías de la hospitalidad en el pensamiento de Jacques Derrida*. Eikasía: Revista de filosofía, 265.
- Innerarity, D. (2001). *Ética de la hospitalidad* (pp. 37-38). Ed. Península.
- Kornblit, A.; Mendes Diz, A. (2005). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio de jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Documento de Trabajo N° 45. Argentina: Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.
- Laclau, E. (1990). *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Marlatt, G. A. (1998). *Reducción del daño: Principios y estrategias básicas*. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?*. Alteridades, 4(7), 71-83.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Silva, E. (2012). *Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental*. Salud colectiva, 8(1), 25-34.
- Ramón Michel, A., & Bergallo, P. (2011). *El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible*. Ed. Buenos Aires.
- Rovere, M. (2016). *Redes en salud: los grupos, las instituciones y la comunidad*. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud. Segunda edición (pp. 293-293).
- Sabadotto, J. (2018). *Sin escenario adecuado no hay escena. Construcción de condiciones habilitantes para la participación de niños y niñas en espacios artísticos*. Barquitos Pintados. Experiencia Rosario., 2(2), 119-129.
- Sánchez-Torres, D. A. *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 1, 2017 Instituto Mexicano del Seguro Social, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>
- Solitario, R., Garbus, P., & Stolkner, A. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. Anuario de investigaciones, 15. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100025&lng=es&tlng=es.

Stolkiner, A. y otros (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso*. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Ed. Dunken. Buenos Aires.