

La accesibilidad en la vivienda, intervenciones posibles con damnificados crónicos del sistema de riesgos del trabajo

Accessibility in housing, possible interventions with chronic victims of the occupational hazard system

Hernán Laglaive

Hernán Laglaive

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Especialista en Ergonomía, Universidad Tecnológica Nacional. Cargo actual e institución de pertenencia: TO recalificador en consultoras prestadoras de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

laglaive.hernan@gmail.com

Resumen

El objetivo de este relato de experiencia es introducir las consideraciones de la intervención de Terapia Ocupacional encuadradas en la Resolución S.R.T. N° 180/2015. Las mismas se centran en las Actividades de la Vida Diaria Básicas del damnificado siniestrado de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo / Empresas Autoaseguradas (ART/EA) para promover su autonomía y el ejercicio de sus roles. A su vez se busca realizar aportes desde distintas miradas que benefician al damnificado; el diseño universal y la antropometría. Se incluye una descripción del proceso habitual del profesional, con la presentación de casos. En síntesis, se propone iniciar al profesional interesado en la práctica de la prestación de análisis de barreras dada la acotada producción escrita referida a la intervención en específico.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, vivienda, accesibilidad arquitectónica, Actividades de la Vida Diaria.

Abstract

The objective of this study is to introduce the considerations of the Occupational Therapy intervention framed in Resolution S.R.T. N ° 180/2015. They focus on the Basic Activities of Daily Living of the affected victim of the ART / AE to promote their autonomy and the exercise of their roles. At the same time, it intends to make contributions from different perspectives that benefit the victim; universal design and anthropometry. It includes what is considered a description of the usual process of the professional with the presentation of cases. In summary, it is proposed to initiate the professional interested in the practice of providing analysis of barriers given the limited written production referring to the specific intervention.

Key words: Occupational Therapy, housing, architectural accessibility, Activities of Daily Living.

Introducción

El campo del sistema de riesgos del trabajo presenta un espacio de desarrollo profesional y de la disciplina a lo largo del país, sea ésta en el sector productivo o de servicios a través de las recalificaciones profesionales, entre otras. A su vez, desde la Resolución S.R.T. 180/2015 (Superintendencia de Riesgos del Trabajo-SRT) se plantea la posibilidad de intervención en el terreno, ya no desde la empresa sino desde el espacio personal del damnificado que constituye en su domicilio. Es en el terreno de su vida personal, donde en la vivienda continúa con la secuela de la enfermedad profesional, accidente de trabajo o in itinere. Con una mirada centrada la habilitación de su entorno, es necesaria la intervención profesional para generar accesibilidad.

El sistema de riesgos del trabajo.

La Ley Nacional N° 24.557/1995 es la ley marco del cual derivan en parte otras y distintos instrumentos jurídicos que regulan el sistema de riesgos del trabajo. Se destaca que en el artículo 1 apartado 2, inciso b tiene como objetivo “Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado”.

Sobre las prestaciones en especie que deben otorgarse a los trabajadores que se incluyen en la ley, manifiesta en el artículo 20 apartado 1 las distintas prestaciones como ser; Asistencia médica y farmacéutica; Prótesis y ortopedia; Rehabilitación; Recalificación profesional y Servicio funerario. Al respecto de las intervenciones que realizan los y las terapeutas ocupacionales que trabajan en el sistema de riesgos del trabajo se incluyen en las prestaciones en especie las relacionadas a la rehabilitación y a su vez la recalificación profesional como se destaca particularmente en la Resolución SRT 216/2003, como distinguen otros autores (Sbriller, 2016, Cosentino *et al.*; 2010, Sbriller, 2021). La Resolución SRT 216/2003 define pautas mínimas en el proceso de Recalificación Profesional que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y Empresas Autoaseguradas (AE) tienen a cargo. En su artículo 2 define que el Responsable de Recalificación Profesional podrá ser profesional de “Terapia Ocupacional, Recursos Humanos, Fisiatría, Medicina del Trabajo, Kinesiología, Psiquiatría, Psicología, Ingeniería con especialización en Higiene y Seguridad en el Trabajo, Asistencia Social”. Actualmente los y las terapeutas ocupacionales desarrollan las intervenciones de recalificación en distintas regiones del territorio nacional centradas en el proceso por esta norma descrita como ser; evaluación funcional, análisis ocupacional, colocación, seguimiento, adecuación del medio laboral, orientación laboral y capacitación. Ahora bien, en 2015 la Superintendencia de Riesgos del Trabajo emite su resolución específica para damnificados del sistema que por sus secuelas requieren un seguimiento mínimo como ca-

sos crónicos por parte de la ART/EA, teniendo entre algunas de sus obligaciones que realizar la evaluación de accesibilidad en el hogar, el desempeño en sus Actividades Básicas de la Vida Diaria y su relación a la vivienda.

Resolución SRT 180/2015.

La terapia ocupacional tiene un campo de desarrollo en el sistema de riesgos del trabajo, para el caso en la atención de los pacientes crónicos de las ART/EA. En los términos de la Resolución SRT 180/2015, son los terapeutas ocupacionales quienes deben desarrollar la práctica de visita domiciliar para evaluación de los damnificados. A lo largo de esta publicación se utilizarán ejemplos que permitan una comprensión del trabajo en el área. Si bien los casos no son exhaustivos de la realidad y diversidad de sus particularidades, aproximan a lo cotidiano con los que nos encontramos en la práctica. Nos encontramos entre necesidades del damnificado o trabajador, las ART/EA y el plano de lo posible dadas las condiciones de realización.

Como consideración primera es necesario destacar que los casos crónicos son aquellos que:

como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional y/o complicaciones de las lesiones o su evolución— resulten secuelas físicas, psíquicas, viscerales o sensoriales permanentes que requieran del otorgamiento de prestaciones en especie de mantenimiento en forma vitalicia. Ello, luego de la atención en agudo del paciente ya sea durante o al momento de finalización del proceso de rehabilitación. (art. 1, Resolución SRT 180/2015)

Se puede encontrar que existe el planteamiento de inconstitucionalidad de la Resolución SRT 180/2015 (Mezio, 2015) por no contemplarse la Ley Nacional N° 26.529/2009 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” y la Ley Nacional 24.901/1997 que establece el “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Pese a ello, cabe destacar que la regulación de la resolución de acuerdo a Guyet (2016) se incluye en el artículo 10 del Convenio N° 17 de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) que es adoptado por nuestro país mediante la Ley Nacional N° 13.560 que “dispone que las víctimas de accidentes de trabajo tendrán derecho al suministro y a la renovación normal de los aparatos de prótesis y de ortopedia cuyo uso se considere necesario”. (p. 12, 2016)

A los fines del presente artículo se realizará la descripción de la prestación en especie que deben brindar las ART/EA a través de los terapeutas ocupacionales que realizan las visitas domiciliarias para evaluación de Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB) y barreras arquitectónicas como se establece en el Art. 9 de la Resolución:

Cuando el damnificado presente secuelas motoras que lo limiten en el desempeño de sus Actividades de la Vida Diaria Básicas (A.V.D.B.) en su lugar de residencia, la A.R.T./E.A. deberá arbitrar los medios para que el hábitat sea evaluado en relación con el desempeño funcional del damnificado por un Terapeuta Ocupacional y posteriormente adaptado para poder recibirlo en su nueva condición. Las adecuaciones también se podrán llevar a cabo en viviendas alquiladas o facilitadas por un tercero, mediando solamente el consentimiento del propietario.

Si bien en el Anexo “Casos crónicos - Listado de secuelas con seguimiento mínimo” encontramos 21 condiciones listadas, los casos que recibimos pueden ser diversos. Nos podemos encontrar muchos más en la práctica; amputados: de un solo miembro, bilateral, por ejemplo; amputaciones de mano, brazo/s, miembros inferiores; enfermedades respiratorias crónicas: asma ocupacional, Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva Crónica (EPOC); sensoriales: ceguera, disminución visual; esplenectomía; osteomielitis crónica.

Cabe destacar que estos damnificados, en pocos casos aún son trabajadores porque han podido ser recalificados con éxito, presentan estas secuelas por accidentes de trabajo, itinere, enfermedades profesionales o complicaciones derivadas de estas. Como se ha descrito en la definición de casos crónicos pueden estar aquellos que no presenten en primera instancia una secuela que los clasifique como tales. Por ejemplo, el trabajador que tuvo un accidente itinere con fractura expuesta y luego genera una osteomielitis. O el caso de una persona con una amputación unilateral de MMII que con el paso de los años presenta complicaciones asociadas.

En muchos casos podemos encontrarnos en situaciones en las que con el envejecimiento normal se acentúa más la limitación funcional. Por ejemplo, un caso de damnificado con amputación media de pierna izquierda con ocurrencia en el año 1996 y a la fecha, producto de su pérdida de masa muscular y equilibrio, la ART/AE le haya provisto de una silla de ruedas. Excepcionalmente pueden darse modificaciones, pero no es lo común ya que no se brindan por condiciones del envejecimiento normal o enfermedades preexistentes. En consecuencia, la evaluación domiciliaria será otra y será a demanda de lo solicitado por la ART en el encuadre de la excepcionalidad. Por ejemplo, por requerimiento de la S.R.T.

Se debe agregar en este punto que la Resolución SRT 180/2015 ordena los casos crónicos y a partir de la fecha se ha extendido esta prestación con un mayor control de la Superintendencia de Riesgo del Trabajo.

Para el análisis domiciliario se puede incorporar el concepto de Diseño Universal (DU) creado por el arquitecto Ron Mace que consisten en; igualdad de uso, uso flexible, uso simple y funcional, información comprensible, tolerancia al error,

bajo esfuerzo físico y dimensiones apropiadas. Siguiendo a Benardelli (2016) y a The Center for Universal Design (1997) podemos definir a los principios o parámetros del DU que pueden ser apropiados teniendo en cuenta el concepto de variabilidad humana intraindividual. Es decir, el DU puede ser aplicable no solo a las diferencias interindividuales entre las personas sino también las intraindividuales, que son las que interesan a las ART hacia el damnificado. De acuerdo a Danie-lou *et al.*, (2010):

A esta diversidad de las personas se suman las variaciones de estado de cada uno. Estas variaciones se manifiestan al mismo tiempo a escala de la jornada (efectos de los ritmos biológicos, fatiga relacionada con los acontecimientos del día), de la semana o del trimestre (acumulación de cansancio entre dos periodos de vacaciones), y de varios años (efectos del envejecimiento). (p. 86)

Las mismas pueden incluir variaciones a corto plazo que incluyen ritmos biológicos, uno de ellos es el ritmo circadiano, y variaciones relacionadas con la edad, envejecimiento y su relación socioambiental.

Retomando la importancia sobre el DU y los parámetros utilizables por terapeutas ocupacionales, sobre el 1er principio, **Uso equiparable**, se basa la idea de intervenir en función de poder equiparar el uso valorizando la ocupación de la persona. El 2do principio, **Uso flexible**, implica que se pueda adaptar a las preferencias y capacidad individuales (incluye la variación intraindividual). El 3er principio, **Simple e intuitivo**, debe apuntar a eliminar la complejidad innecesaria de acuerdo a los intereses y ocupaciones de las personas, por ejemplo, al realizar las actividades de cocina. El 4to principio, **Información perceptible**, para el usuario/damnificado independientemente o a pesar de las condiciones socioambientales y, nuevamente, su capacidad individual. El 5to principio, **Tolerancia al error**, que disminuya los riesgos asociados a su uso. Por ejemplo, que incluya elementos para minimizar errores y/o riesgos facilitando su uso. El 6to principio, **Que exija bajo esfuerzo físico** apunta a poder permitirle al usuario una posición en sus zonas confortables, sin la utilización de fuerzas innecesarias. El 7mo principio, **Tamaño para el acceso y uso**, las dimensiones apropiadas refieren a la posibilidad de uso de acuerdo a las características del alcance, agarre, introducción del cuerpo, entre otras. Ejemplos de ello serán dados y profundizados en el estudio de casos.

A su vez puede ser conveniente el conocimiento de la antropometría cuando se requiere de mediciones ajustadas al usuario, por ejemplo, en relación a sus alcances. Panero y Zelnik (1996) definen a la antropometría como el estudio de las dimensiones del cuerpo humano que tiene aplicabilidad al proceso de diseño sobre la adaptación física, entre el cuerpo humano y el espacio interior. Agrego que también puede ser

útil en relación al rediseño en base a la lesión adquirida. Estas mediciones, a su vez, pueden ser aproximadas en relación a la función:

Las dimensiones del cuerpo humano que influyen en el diseño de espacios interiores son de dos tipos esenciales: estructurales y funcionales. Las dimensiones estructurales, denominadas estadísticas, son las de la cabeza, tronco y extremidades en posiciones estándar. Las dimensiones funcionales, llamadas a veces dinámicas, tal como sugiere el término, incluyen medidas tomadas en posiciones de trabajo o durante el movimiento que se asocia a ciertas actividades. (Panero y Zelnik 1996, p. 27)

La estructura y función del damnificado ocupa un lugar primordial en el sistema hombre-objeto-entorno. Por ello se destaca que es de utilidad a la hora de analizar la necesidad del damnificado. Por ejemplo, con algún alcance para transferencia en ducha o la profundidad de una mesada o lavatorio. Si bien el análisis de la Resolución 180/2015 no incluye un análisis antropométrico que debe ser llevado a cabo bajo ciertas exigencias, el conocimiento de las referencias de medidas nos es de utilidad para poder comprender el desarrollo de las actividades y cómo podemos aportar una medición que impacte en el desempeño confortable de la persona. Por ejemplo, la altura del apoyo de nalga y altura del asiento del inodoro, el radio de giro de silla de ruedas y el espacio para transferencia a silla higiénica (ambas de forma conjunta en baño), toma de medidas para cotejar con silla existente y espacio disponible. Cabe destacar que no sería conveniente el uso exclusivo de las tablas antropométricas y que se requiere una mirada centrada en la individualidad del sujeto como se ha mencionado. Este material en combinación con la Norma IRAM 3731:1997, "Listado básico de medidas antropométricas", nos permite apoyarnos en las mediciones correspondientes al caso. Por ejemplo, si quisiéramos evaluar un alcance máximo del damnificado. La Norma IRAM 3731:1997 brinda lineamientos para las dimensiones humanas estáticas de medición directa manual.

Estas informaciones deben ser cotejadas con los Rangos de movimiento y en sus Zonas Neutras, en el confort físico y sensorial del damnificado, es decir como se ha dicho, las mediciones funcionales.

Al respecto de personas usuarias de sillas de ruedas, Panero y Zelnik (1996) plantean que "al dimensionar la extensión, holgura y demás parámetros es preciso englobar el conjunto individuo-silla de ruedas, planteamiento que exige conocimientos acerca de las peculiaridades de esta última (...)" (p. 50). Como veremos, la intersección de la persona y su espacio interior, por ejemplo, la puerta es fundamental para su autonomía como así otras relacionadas a sus alcances.

Figura 1. Antropometrías de personas en silla de ruedas. Fuente: Panero y Zelnik, pág. 52, 1996).

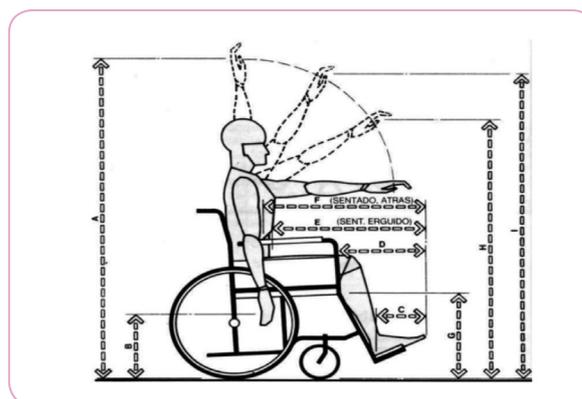
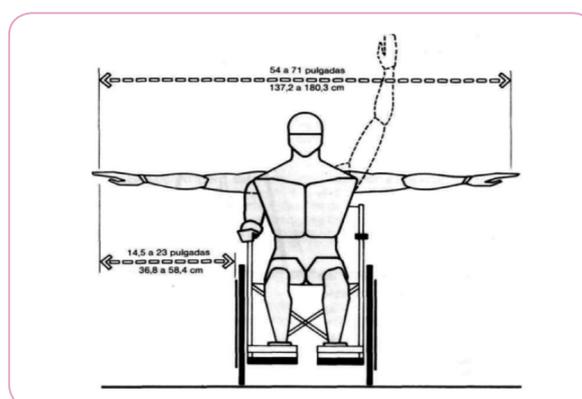


Figura 2. Antropometrías de personas en silla de ruedas. Fuente: Panero y Zelnik, pág. 52, 1996)



Podemos encontrarnos que las barreras de acceso a la participación pueden ser diversas y van desde un suelo de tierra que no permite un desplazamiento seguro, el ancho de puerta que no permita el paso a la cocina, el acceso al lavatorio en el sanitario, el desnivel entre ambientes o una transferencia segura a la ducha o bañera, entre muchas otras. A su vez, pueden incluirse otras de seguridad como la falta de una baranda en escaleras fijas, la iluminación inadecuada o una instalación eléctrica deficiente. Es decir, estas condiciones del itinerario del hogar son pasibles de ser evaluadas por un terapeuta ocupacional en función de la lesión del damnificado para poder sugerir mejoras para su desempeño. Ahora bien, las adaptaciones o eliminación de barreras permiten la accesibilidad pero el análisis se acompaña de la estimación de productos de apoyo que acompañen un mejor desempeño del damnificado.

Productos de apoyo

De acuerdo a la Norma Internacional ISO 9999:2007 se definen a los productos de apoyo "cualquier producto (...) fabricado especialmente o disponible en mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación."

Estos a su vez y en relación a las prestaciones de la resolución se suman al equipamiento de prótesis y/o ortesis que requiera el damnificado.

En el caso de los damnificados, las sugerencias de productos de apoyo tienden a favorecer el desempeño en distintos niveles de la participación en las áreas ocupacionales de su rutina. Entonces, a la vez que intervenimos en relación a las barreras del entorno, evaluamos la posibilidad de que el uso de Ayudas Técnicas promueve la independencia del damnificado. Pese a ello, es necesario destacar que no es la finalidad de la intervención brindar cualquier producto de apoyo que a priori pueda pensarse en función de la lesión. Es decir, la sugerencia de provisión de un producto de apoyo debe indicarse de acuerdo a la comprensión profesional de la rutina del damnificado y su familia, su historia ocupacional e intereses. Para la comprensión de ello realizaremos una mejor descripción, la premisa es no “sobreadaptar”.

Los objetivos de la visita

De acuerdo al conocimiento disponible y lo que indica la Resolución, las partes del proceso incluyen distintas etapas que revisten características esenciales para su cumplimiento.

a) Contacto inicial

A través de un llamado telefónico se realiza un contacto inicial que tiene como finalidad poder darse a conocer por el damnificado y su familia. Poder clarificar la función de la visita para la persona y la ART/AE., que es relevar cómo realiza las Actividades de la Vida Diaria Básicas (alimentación, higiene, movilidad) y otras como Descanso y Sueño. Es necesario poder corroborar el domicilio de residencia actual. El objetivo principal de la comunicación es poder establecer una alianza inicial que permita poder realizar el caso con eficacia en una fecha y hora de conveniencia.

b) Entrevista

Al realizarse en domicilio y considerando la movilidad del profesional se deben llevar las planillas e instrumentos posibles de evaluación. Se requiere de las planillas de la ART/AE o consultora (que presta servicios a estas), hojas para anotaciones, cinta métrica y celular o dispositivo para registro fotográfico.

La evaluación se centra en la persona y su entorno ambiental. Con lo cual se requerirá en su proceso:

- Haber establecido el contacto inicial.
- Realizar evaluación funcional con métodos específicos.
- Observación del domicilio (incluyendo su acceso).
- Medición de dimensiones.

Al entrar a la vivienda no solo ingresamos a un lugar sino al espacio de pertenencia de la persona y su familia o convivientes. De acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, las variables para tipo de vivienda individual pueden ser: (1) casa, (2) rancho, (3) casilla, (4) departamento, (5) pieza o inquilinato, (6) pieza en hotel familiar o pensión, (7) local no construido para habitación y (8) vivienda móvil personas viviendo en la calle. En el ingreso a la vivienda hay aspectos del desarrollo de las AVD que puede vincularse directamente a la situación de vulnerabilidad en la que el damnificado vive.

Es necesario que cuando se realice el ingreso el profesional se pueda posicionar en un lugar neutral, el damnificado puede suponer que se releva el ambiente por conflicto legal con la aseguradora, para perjudicar de algún modo u otro motivo. Es necesario poder situarse comprensivamente en su realidad, sin emitir juicios de valor y sin asegurar la efectiva modificación o provisión de elementos por la aseguradora.

Junto al damnificado es necesario poder constatar;

- datos formales o personales (número de siniestro, C.U.I.L., estado civil, entre otros, teléfonos, mail). Es fundamental conocer en la entrevista o en la recorrida/observación de vivienda los integrantes del hogar y sus rutinas. Se verá en estudio de casos la importancia de ello.
- de vivienda (vivienda propia, alquilada u otra, servicios). Por ejemplo, debemos indagar los servicios que posee y su relación con las ocupaciones: acceso al agua, gas, electricidad, conectividad telefónica y de internet.

c) Evaluación con métodos específicos

De acuerdo a la lesión de la persona informada en la derivación junto a su historia clínica el profesional debe aplicar el criterio de los instrumentos a utilizar en caso que se requiera. El instrumento común final es la valoración de la Functional Independence Measure. (Keith *et al.*, 1987)

d) Evaluación de accesibilidad en la vivienda.

Se requiere indefectiblemente poder observar y registrar todos los ambientes del damnificado. En especial de aquellos que por su lesión y secuelas demandan una observación y análisis exhaustivo. La observación y entrevista es un proceso continuo durante toda la visita. El profesional requiere poder contemplar todas las posibilidades de modificación que mejoren el desempeño de la persona como así también la viabilidad de la misma sin generar expectativas de la realización. Por ejemplo, si el dormitorio del damnificado se encuentra en planta alta y es posible cambiar la misma a planta baja.

Medición de dimensiones y distancias. Las mismas pueden ser diversas y alcanzar aberturas, mobiliario, recorridos. Siempre

dependiendo de la lesión del damnificado y centrándonos en su autonomía.

Estudio de casos

Autonomía y autodeterminación.

Para esta prestación en especie del sistema de riesgos del trabajo la persona no requiere la obtención de Certificado Único de Discapacidad en los términos de las Leyes Nacionales N° 22.431/1981 “Sistema de protección integral de los discapacitados” y N° 26.378/2008 “Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Incluso en el texto de la norma de la Resolución SRT 180/2015 solo se hace una mención a la palabra “discapacidad” en el artículo 5 para el registro de los casos identificados como crónicos, su gestión, documentación, frecuencia de evaluaciones médico asistenciales para el “otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones en especie de mantenimiento vitalicias, de acuerdo con las particularidades de la deficiencia o de la discapacidad que presente cada damnificado (...)”.

Es oportuno poder tomar los conceptos de autonomía y autodeterminación utilizados comúnmente en el campo de la discapacidad ya que se requiere su diferenciación para poder centrarse en la persona y su familia con sus hábitos y rutinas.

La Terapia Ocupacional tiene una larga trayectoria vinculada al sistema de cuidados y especialmente a la discapacidad. Quienes trabajamos realizando evaluaciones ambientales domiciliarias también nos encontramos, en muchos casos, en otras prestaciones del sistema de riesgos del trabajo o el ámbito laboral. Cabe destacar esto ya que nuestra intervención como se dijo está determinada por las necesidades del damnificado o trabajador, lo posible dadas las condiciones de vivienda y rutinas, y las ART/AE.

Siempre en este campo nos encontramos desarrollando nuestra capacidad analítica para poder resolver lo que observamos, lo que el damnificado nos informa y el costo que tiene para la ART/EA.

Caso 1. Damnificado con amputación supracondilea de miembro superior izquierdo, ex operario de empresa textil, posee prótesis mioeléctrica, mecánica y estética. El Sr. no cocina, a excepción de preparar asado a la parrilla y manifiesta que quiere electrodomésticos de cocina para preparar alimentos. Historizando esta actividad se obtiene información que nunca lo ha hecho y se confirma que en la rutina familiar es su esposa o suegra las que se encargan de esta actividad, él puede colaborar ocasionalmente. Indagando un poco más se obtiene la información que el pedido es solamente para equipar la cocina, en consecuencia se desestima y se continúa evaluando autocuidado/higiene mayor y menor.

Caso 2. Trabajadora con amputación traumática de mano izquierda y que fue reubicada del puesto cocinera a auxiliar de

cocina en un restaurante, posee prótesis mecánica y estética. Para esta damnificada tiene una gran importancia la autonomía en la cocina, es parte de su historia ocupacional y de gran valor afectivo para su nieto con el que convive, junto a su hija y yerno. Si bien para las actividades de preparación de alimentos participan en la casa los tres adultos, para esta señora es indispensable tener sus elementos adaptados y electrodomésticos. Se destaca nuevamente la actividad profesional por la cual fue recalificada. En consecuencia, se le provee de adaptaciones y electrodomésticos como tabla con clavos, batidora y abrelatas, entre otros.

Como se ha realizado mención, hay casos derivados en los que se puede combinar el envejecimiento normal con las secuelas de los damnificados y su relación con la vivienda.

Caso 3. Damnificado con amputación de miembro inferior (MI) izquierdo, usuario de sillas de ruedas producto de amputación por complicaciones de diabetes en su MI derecho, fue preciso analizar el ancho de silla y holgura para ejercer fuerza de MS en desplazamiento y cotejar con ancho de puertas para sugerir el reemplazo de algunas de ellas. También se sugirió la posibilidad de ajustes sobre la propia silla o su reemplazo. Todo ello bajo la excepcionalidad del caso dado que no se brindan frecuentemente modificaciones o productos por causas del envejecimiento o enfermedades preexistentes.

Caso 4. Damnificado lesionado medular, usuario de silla de ruedas. Las sugerencias de modificaciones respecto a la accesibilidad para garantizar las AVD de forma independiente en baño se topan con las condiciones estructurales de la vivienda (falta de espacio y tipo de construcción de la vivienda). Presenta otras necesidades de accesibilidad. En consecuencia, se brindan tras distintas visitas sugerencias que se encuentran en el límite de la responsabilidad de la ART (consensuadas para su escrito en informe) con la negativa del damnificado de cambio de ingreso a baño (acceso directo a ducha desde dormitorio) bajo el criterio de análisis de personal calificado (prestador de obra de la ART).

Como se ha mencionado, estos casos intentan aproximar a la diversidad de situaciones que son objeto de nuestro análisis y requieren de una mirada en continuo entrenamiento desde lo técnico-profesional y el marco normativo.

Discusión

Desde la Terapia Ocupacional podemos nutrirnos de los conocimientos de la ergonomía en relación a las actividades sobre el levantamiento y manipulación de cargas orientadas a la vivienda tal como se describe en Figueroa (2004) y Ferreira (2019). Se puede pensar las áreas de alcance, mobiliario relacionadas a las normas de referencia para diseño básico de Panero y Seltnik (1996).

Dadas las condiciones del paciente de acuerdo a su ingreso a casos crónicos (como se ha visto existen 21 condiciones listadas en la resolución), la situación de vivienda, las rutinas personales y la familiar; se ha abordado el tipo de prestación de acuerdo características generales que pueden verse beneficiadas con aportes de otras disciplinas vinculadas al diseño, la arquitectura y la ergonomía. Si bien estás pueden profundizarse de acuerdo a la especificidad del caso, se ha realizado una aproximación que se espera pueda ser de utilidad en la triangulación de sus actores e intereses que requiere el análisis de barreras domiciliarias; ART/AE, damnificado y terapeuta ocupacional. Otro factor influyente y transversal lo constituye la condición de vulnerabilidad social en la que puede encontrarse el damnificado. Las sugerencias que se brindan desde nuestra disciplina tienen la finalidad especial de favorecer su desempeño, pero con las limitaciones de las condiciones estructurales del tejido social que no pueden superarse de manera parcial. ●

[Recibido: 27/04/21- Aprobado: 20/12/22]

Referencias

- Benardelli, C., (2016), La accesibilidad universal y su conocimiento. Principales herramientas. En Pantano, L. (comp), Hacia nuevos perfiles profesionales en discapacidad. De los dichos a los hechos (pp.113-136). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Censo Nacional 2010. Glosario. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/glosario_censo2010.pdf
- Cosentino, P., Salvarredi P. y Villegas F. (2010). Recalificación Profesional. Asociart Actualización. *Revista Medicina del Trabajo*, 5 (19), 1 - 12. http://www2.asociart.com.ar/archivos/cid/Cuadernillo_19.pdf
- Daniellou, F., Duraffourg, J., Guérin, F., Kerguelen, A., Laville, A. (2010). Bases para una práctica en Comprender el trabajo para transformarlo. 1° Edición digital. Modus Laborandi.
- Ferreira Resende, F. (2019). La vivienda como una máquina para vivir: Relación usuario - vivienda. *Ergonomía, Investigación Y Desarrollo*, 1(1), 119 - 130. https://revistas.udec.cl/index.php/Ergonomia_Investigacion/article/view/1285/1934
- Figuroa, M.E. (2004). Ergonomía Aplicada a las tareas del hogar. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. (4). Disponible en: http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_completa/0,1371,SCID=14192%26SID=498,00.html#
- Guyet, L. M. (2016). Orden público de las prestaciones en especie del sistema de riesgos del trabajo (Disertación doctoral, Universidad Argentina de la Empresa). <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/5752/GUYET%20LUIS%20MARCELO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6-18.
- Mezio, E. (2015). Dos resoluciones inconstitucionales de la SRT y la "industria del juicio". [Documento pdf] <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/08/Doctrina1647.pdf>
- Norma IRAM 3731 (1997). Ergonomía: Listado básico de medidas antropométricas.
- Norma internacional ISO 9999 (2007) Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. Asociación española de normalización y certificación.
- Ley 962, 13 de enero de 2003. Accesibilidad física para todos. Boletín oficial BOCBA N° 1607, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional N° 24.557/1995, 4 de octubre de 1995. De Riesgos del Trabajo (LRT). Boletín oficial N° 28.242.
- Ley Nacional N° 26773/2012. 26 de octubre de 2012. Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Boletín oficial N° 32.509
- Panero, J. y Zelnik, M. (1996). Las dimensiones humanas en los espacios de interiores. Estándares antropométricos. Ediciones G. Gilli.
- Resolución N° 216/03, 9 de mayo de 2003. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Recalificación Profesional, pautas mínimas. Boletín oficial N° 30.146,
- Resolución N° 180/15. 27 de agosto de 2015. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Casos crónicos. Boletín oficial N° 33.201,
- Sbriller, L. (2016). Consideraciones sobre la inclusión de Terapia Ocupacional en riesgos del trabajo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional* 2(2), 3-10
- Sbriller, L. (2021). Incapacidad laboral permanente adquirida en el empleo. Ed. Teseo. URL: <https://www.teseopress.com/incapacidadlaboral>

Cómo citar este relato de experiencia:

Laglaive, H. (2022). La accesibilidad en la vivienda, intervenciones posibles con damnificados crónicos del sistema de riesgos del trabajo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(2), 36-42.