

2012

Sistematización de una práctica pre-profesional supervisada en la complejidad del proceso de rehabilitación : análisis crítico de la intervención pre-profesional en el proceso de rehabilitación durante la práctica institucional supervisada. Sistematización de una experiencia realizada en el I.Na.Re.P.S., centro público Nacional del III nivel de la atención cito en la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo junio 2011- mayo 2012

Julio, Aldana María

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TESIS

Título: Sistematización de una práctica pre-profesional supervisada en la complejidad del proceso de Rehabilitación.

Subtítulo: Análisis crítico de la intervención pre – profesional en el proceso de Rehabilitación durante la práctica institucional supervisada. Sistematización de una experiencia realizada en el I.Na.Re.P.S., Centro público Nacional del III nivel de la atención cito en la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo Junio 2011- mayo 2012.

Autora: Julio, Aldana María

Mat. N° 9298/06

Directora: Lic. M. Leticia Agüero

Co – directora: Lic. Marcela Villarreal

Octubre de 2012

AGRADECIMIENTOS

He llegado a mi meta. Es por esto que deseo brindar un afectuoso agradecimiento a todas aquellas personas que han estado presentes a lo largo de éste camino.

A mi familia, que con su apoyo incondicional me han guiado en todo momento, acompañándome incondicionalmente, dándome la fortaleza necesaria para poder lograr cada uno de mis objetivos.

A mis amigos, de siempre, incondicionales para mí; y a aquellos amigos que coseché en este andar con los cuales aprendí a construir el amor que hoy siento por el trabajo social.

Al I.Na.Re.P.S, que me dio la posibilidad de descubrir un campo de actuación profesional sumamente interesante, permitiéndome vivir una experiencia enriquecedora a nivel académico y personal.

A las profesionales del Servicio Social, por haberme hecho sentir parte integrante del Servicio; por la escucha, comprensión y afecto que me brindaron; reviviendo en mí el deseo de vivir de la hermosa profesión que hace seis años elegí comenzar a estudiar.

A mi directora de Tesis, la Lic. M. Leticia Agüero, quien con un compromiso incondicional guió este proceso. Sus significativos aportes me permitieron comprender la compleja realidad en donde se sumergen nuestras prácticas profesionales.

A mi co- directora, la Lic. Marcela Villarreal, la cual me acompañó en este camino brindándome su enriquecedora experiencia.

Por último, quiero brindar un sincero agradecimiento a los pacientes del I.Na.Re.P.S, los cuales me demostraron que todos tenemos la capacidad de renacer una y otra vez. Sin ellos esto no hubiese sido posible.

INDICE

• Fundamentación.....	4
• Objetivos.....	8
• Primera parte: Marco teórico referencial	9
I. Salud: Trinomio Salud- Enfermedad- Atención.....	10
II. Breve historia del Sistema de Salud en Argentina.....	16
III. Sistema de Salud en la Argentina.....	20
III.I. Niveles de Atención.....	23
IV. La Institución.....	24
V. Discapacidad.....	28
VI. Modelos de Discapacidad.....	32
VII. Rehabilitación.....	37
VIII. Rol del Trabajo Social en Rehabilitación.....	39
IX. La Interdisciplina.....	41
X. Familia: Algunas Concepciones Generales.....	43
XI. ¿Cómo se organizan internamente las familias?.....	46
XII. ¿Cómo se organizan las familias para satisfacer sus necesidades?: Estrategias Familiares de Vida.....	47
XIII. Familia y Trabajo Social.....	49
XIV. El Enfoque de la Complejidad.....	51
XIV. I. El Pensamiento Complejo.....	52
XV. Enfoques en la Actuación Profesional: Diversidades.....	57
XV. I. Modelo Crítico.....	58
XV. II. Modelos Contemporáneos en Trabajo Social.....	59
XV.III. Modelos de Convergencia.....	61
XVI. Método y Metodología del Trabajo Social.....	63
XVII. La Sistematización.....	71
• Segunda parte: La Institución: El I.Na.Re.P.S	75
I. La Institución.....	76

I. I. Reseña histórica de la Institución.....	76
I. II. Objetivo Institucional.....	77
I. III. Modalidad de trabajo.....	78
I. IV. Características de la población destinataria.....	78
I. V. Formas de ingreso.....	79
I. VI. Tipos de atención.....	79
I. VII. Estructura.....	81
I. VIII. Comités interdisciplinarios.....	82
II. El Servicio Social.....	84
II.I. Organización y estructura del servicio social del I.Na.Re.Ps....	84
II.II. Funciones del Departamento de Servicio Social.....	86
II.III. Objetivos General del Servicio Social.....	90
II. IV. Objetivos Específicos del Servicio Social.....	90
II. V Programas de Cobertura.....	92
• Tercera parte: Sistematización del caso social individual- familiar elegido	
I. Contextualización y reconstrucción de la práctica.....	95
II. Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica.....	103
III. Interpretación crítica de la práctica reconstruida.....	117
• Conclusión.....	123
• Bibliografía.....	126

Tema: Trabajo Social en el campo de la Rehabilitación.

Título: Sistematización de una práctica pre-profesional supervisada en la complejidad del proceso de Rehabilitación.

Subtítulo: Análisis crítico de la intervención pre – profesional en el proceso de Rehabilitación durante la práctica institucional supervisada. Sistematización de una experiencia realizada en el I.Na.Re.P.S., Centro público Nacional del III nivel de la atención cito en la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo Junio 2011- mayo 2012

Fundamentación:

El objetivo del presente trabajo es analizar la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la rehabilitación; específicamente, en una Institución Pública Nacional del tercer nivel de la atención.

Dicho análisis se efectuará a partir de la sistematización de la práctica pre – profesional realizada en el marco de la asignatura Supervisión de la carrera de Lic. En Servicio Social, dependiente de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El citado proceso se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (I.Na.Re.P.S) “Dr. Juan Otimio Tesone”, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, cito en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón; durante el período comprendido entre el 6 de junio del 2011 y el 31 de Mayo del 2012.

“Esta Institución se inserta en el Sistema Nacional de Salud y tiene como objetivo la Rehabilitación integral de pacientes con secuelas motoras; brinda apoyo interdisciplinario a la familia y apunta a la educación familiar y comunitaria tendiendo a que la sociedad adquiera conciencia de su responsabilidad ante ese 6 a 10 % de la población con algún tipo de discapacidad.

El I.Na.Re.P.S. es receptor por derivación de la alta complejidad, de pacientes con secuelas de Traumatismos Encéfalo-craneanos, Lesiones medulares, ACV, Parálisis Cerebral, Síndrome Post-Polio, Mielomeningocele, Enfermedades Degenerativas, Neuromusculares y Desmielinizantes, Amputaciones, Colagenopatías, Artritis Reumatoideas, Politraumatizados en sus aspectos Neurológico y Ortopédico, Secuelas Postquirúrgicas, etc.

La modalidad de intervención profesional, basa su abordaje en la estrategia de trabajo en equipo interdisciplinario, que evalúa y asiste con un proyecto común, elaborado de acuerdo a los valores remanentes que posee el paciente, y se apoya en la participación familiar y en la cobertura social a la que el mismo tenga acceso, ya sea oficial o privada.

Las disciplinas que conforman este equipo son: Enfermería y Auxiliares de Enfermería, Terapistas Ocupacionales, Terapistas Físicos, Kinesiólogos ó Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Técnicos en Prótesis y Ortésis, especialistas en Recreación y Deportes, Maestros y Médicos.

Participan especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, que coordinan el equipo interdisciplinario, y otras especialidades médicas como: Ortopedia, Neurología, Clínica Médica, Pediatría, Urología, Ginecología, Cardiología, Neumonología, Reumatología, Oftalmología, Cirugía Plástica, Psiquiatría, Cirugía General, Radiología, además de Odontología, Bioquímica, y Farmacia, entre otras.

Los fines institucionales son: asistencia, docencia e investigación.”¹

A través del tiempo, se han definido diferentes concepciones que han servido de referencia en el abordaje de la Salud. Es así que el concepto de salud ha ido evolucionando en el tiempo desde la ausencia de enfermedad hasta una concepción mas vinculada a la calidad de vida.

¹ Material bibliográfico elaborado por el Departamento de Servicio Social del I.Na.Re.P.S. Mar del Plata. DICIEMBRE 2011.

Hoy coexisten diferentes miradas, ya que las perspectivas de la salud incluyen aspectos filosóficos, ideológicos y axiológicos; entendiendo que el proceso salud – enfermedad – atención está multideterminado por diversos factores, por lo cual se hace necesario un análisis interpretativo donde deberían confluir todos los órdenes del saber: el biológico, el psicológico, y el socio-cultural, para poder así, configurar un abordaje integral, complejo y dialéctico.

Se parte de considerar al sector salud como un sistema complejo, donde la salud y la enfermedad son vistos como un proceso social colectivo que trasciende las determinaciones biológicas para considerar los factores sociales, económicos, políticos y culturales en la determinación de la enfermedad. “No es suficiente que se defina o se entienda a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, si lo hacemos ignorando el contexto, es decir, el papel que juega la organización económica, política, social y cultural, etc. en la naturaleza del proceso salud – enfermedad en relación con la estructura de la sociedad.”²

Desde esta perspectiva, se entiende a la rehabilitación como un proceso global y continuo con objetivos definidos, destinados a permitir que una persona con discapacidad, alcance tanto un nivel físico como mental y social óptimo, favoreciendo el aprendizaje y uso de las herramientas necesarias para poder alcanzar un nivel mayor de independencia y libertad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969 define la rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, al fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

Abarca todas las medidas que tienen como objetivo disminuir el impacto de las condiciones que causan la discapacidad y las restricciones en la participación social para llevar a cabo la integración social de las personas con discapacidad.

² Estrada Ospina, Víctor M.; “Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?”; Ed. Espacio; 1º Edición; Buenos Aires; 2006; Pág. 63.

Es un proceso intrincado en donde juegan un papel muy importante las relaciones humanas. Se trata de acompañar en situación de crisis coyuntural por lo “inesperado”, que irrumpe en el seno familiar, con impacto en los planos emocionales, familiares, sociales, económicos.

La rehabilitación no cura, promueve la independencia del sujeto potenciando su función remanente; poniendo especial énfasis en desarrollar las capacidades residuales y deseos, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Para el logro de este objetivo es indispensable la comprensión del medio familiar, y de todas las personas que actúan a su alrededor estimulando al sujeto para trabajar en pos de este propósito.

En este contexto, el rol de Trabajo Social es fundamental en el equipo interdisciplinario, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales en el proceso de rehabilitación, aportando los saberes del campo de lo social, realizando un abordaje del contexto social del paciente³ promoviendo el desarrollo de sus recursos personales, los de su familia y la comunidad. Teniendo en cuenta que las instituciones⁴ usualmente no contemplan momentos para la sistematización de las intervenciones que llevan a cabo, debido a que el ritmo con que desarrollan sus actividades es muy intenso, el presente trabajo destaca la importancia de desarrollar la sistematización de la citada experiencia, ya que permitirá relacionar los procesos inmediatos con su contexto, confrontando el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran.

En este sentido, se analizará un caso social individual – familiar. Es necesario destacar que su elección esta fundamentada en su especificidad; es decir, en el hecho de que a partir del análisis de sus elementos constitutivos, se

³ Se utiliza “PACIENTE” como término acordado en el contexto institucional, referido a la persona con discapacidad usuaria de los servicios que brinda el Instituto, el cual es participe en el proceso de rehabilitación.

⁴“Vasto sistema de relaciones y comunicaciones, organizadas en torno a sus reglas formales y también a las informales”. Kaminsky, G; “Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales”; Buenos Aires; Lugar; 1994.

puede visualizar la complejidad de la intervención profesional en el proceso de rehabilitación, relacionando a ésta con el contexto particular en el cual se desarrolla.

Se destaca por último la necesidad de desarrollar una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos con el fin de mejorar, fortalecer y enriquecer la práctica; pudiendo conceptualizarla, interpretarla, señalando críticamente sus potencialidades y limitaciones. De ahí la necesidad de desarrollar una producción de estas características.

Objetivo general:

- Describir y analizar la intervención del trabajo social en el campo de la rehabilitación, a partir de la sistematización de la práctica pre-profesional realizada en el I.Na.Re.P.S.

Objetivos específicos:

- Describir y analizar las características de la rehabilitación en el campo de la salud.
- Conocer y describir la estructura organizacional del I.Na.Re.P.S., como efector del tercer nivel de la atención.
- Conocer y describir la organización del servicio social en la rehabilitación a partir de mi práctica en el I.Na.Re.P.S.
- Describir y analizar el proceso de aprendizaje supervisado.
- Sistematizar una situación socio- familiar abordada.
- Identificar y describir los enfoques que orientan la intervención.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

I. SALUD: TRINOMIO SALUD- ENFERMEDAD- ATENCION

A lo largo de la historia se han definido diferentes concepciones que han servido de referencia en el abordaje de la Salud. Así, la salud- enfermedad ha sido interpretada de diferentes maneras, prevaleciendo a lo largo del tiempo desde las explicaciones sobrenaturales, hasta una concepción mas vinculada a la calidad de vida.

En el transcurso del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre Salud, los cuales dan lugar a diferentes concepciones del proceso salud- enfermedad- atención: concepciones médicas y sociales.

Una ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología, dando lugar al modelo biológico de la salud. Desde esta perspectiva, se entiende la salud como la ausencia de enfermedad. Es reduccionista y unidisciplinar.

El criterio de bienestar o de malestar está ligado a padecimientos físicos y disfunciones orgánicas visibles, siendo la enfermedad producto de una causa única y fundamental (modelo de la unicausalidad).

Se considera al “paciente” una persona “individual”, descontextualizada, y se lo evalúa desde una perspectiva biológica, ligado al paradigma positivista.

La limitación de este modelo tiene como consecuencia la delimitación de dos instancias, el hombre y el medio externo al hombre, como polos enfrentados entre los que se produciría el fenómeno.

Dentro del modelo biológico de la salud las autoras Kornblit Ana y Méndez Diz Ana María identificar tres concepciones:

La concepción somático- fisiológica, la cual parte de la enfermedad en el organismo físico; siendo la salud, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad el proceso que altera dicho bienestar. Según esta concepción si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y solo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad.

La concepción psíquica de la salud: la cual implica el reconocimiento de la interrelación entre el cuerpo y la psique en el organismo humano, la cual lleva a no restringir la experiencia de la salud solo a la salud orgánica.

La concepción sanitaria de la salud: coloca el énfasis en la salud colectiva de una población, más que en la salud individual; siendo propia de la salud pública como disciplina.

La concepción sanitaria de la salud posee un contenido amplio, ya que se refiere a dos aspectos: el medio ambiente físico, y las personas que ocupan el medio ambiente.

El otro momento corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la Salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces, la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. (Modelo social de la salud).

Se habla entonces del proceso salud – enfermedad.

Dentro del modelo social de la salud las autoras arriba mencionadas identifican las siguientes concepciones:

La concepción político- legal de la salud: la cual considera a la salud como un bien general que interesa al conjunto de la humanidad; el cual cuando es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en un derecho exigible por todos los ciudadanos.

La concepción económica: se impone en el mundo desarrollado, debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso.

La concepción Cultural: la salud es vista como un estado de aptitud para el desempeño de roles sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1945 define a ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Tal definición se orienta hacia una visión dinámica de la salud. Hay una comprensión diferente del bienestar que incluye el ámbito psico – social, la multicausalidad orgánica y la perspectiva ambiental epidemiológica. Si bien es cierto que dicha definición ha significado un importante avance con relación a las definiciones formuladas dentro de una visión biologicista; la perspectiva social de la salud fue orientándose hacia una visión dinámica de la salud, superadora de la definición que propone la OMS.

Hay una comprensión diferente del bienestar que incluye el ámbito psico – social en sentido ampliado. La salud y enfermedad se entienden como un proceso histórico – social fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales.

Ingresa las ciencias sociales al campo sanitario, que, junto a la ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje integrado (inter y transdisciplinario) y global (individuo, familia, comunidad) centrado en la sociedad. Las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales aparecen como una integración de aspectos y la visión amplia de ambiente involucra los factores políticos y económicos a macro y micro nivel. Se pone énfasis en la persona y sus vínculos interpersonales en función de identificar vínculos positivos y potenciar contextos naturales para la resolución posible de los problemas.

Cualquier intento de definir la salud, requiere una toma de posición y en este caso, se adscribe a la salud como un proceso determinado por diversos factores. “La salud no puede ser considerada como un “estado”, como tampoco lo es la “enfermedad”. Ambas son parte de un proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse de bienestar social”.⁵

Retomando a Kornblit Ana quien define a la salud como “la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en que vive”.⁶ Se coincide en resaltar que el hombre vive en constante interacción con el medio ambiente físico- biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud.

Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por factores individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales. En este sentido es importante rescatar el informe Lalonde, ya que el mismo otorga una mirada amplia sobre los diferentes determinantes de la salud. En el mismo se definen cuatro componentes:

-Biología Humana: el cual incluye los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental y que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del mismo.

Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo.

-Medio Ambiente: incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano, sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Son ejemplos de este componente, la contaminación, la inocuidad o pureza de los alimentos, etc.

⁵ Kornblit A, Méndez Diz A; “la salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales.”; Ed Aique; 1º Edición; Buenos Aires; 2000; P 9.

⁶ Idem

-Estilo de vida: el cual representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto control. Desde éste punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales que son perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

Por último la Organización de la atención de Salud; la cual consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los medicamentos etc.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la **Salud Pública** como “El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones del alcance colectivo”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en el campo de la salud pública el Estado es el contribuyente dominante del sistema de salud pública. Sin embargo, es importante señalar que ya no basta con definir a la salud pública como lo que hace sólo el gobierno. En la actualidad existe una variedad de organizaciones no gubernamentales asociadas que llevan a cabo diversos programas y proyectos de investigación en salud pública.

“Se puede hacer una distinción entre el sistema de asistencia sanitaria (salud individual) y la salud pública (servicios sanitarios colectivos). Los servicios de salud colectivos son aquellos que apuntan al medio ambiente o a la comunidad. Sin embargo, existe una estrecha relación complementaria entre la salud pública y las actividades de asistencia individual en todos los niveles de la asistencia sanitaria, en especial en relación con la atención primaria”.⁷

⁷ OPS; “Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: *Evaluación y Fortalecimiento*”; 2007; p. 16

La salud pública apunta a la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. Su esencia consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos, poblaciones. Comprende cuatro áreas fundamentales: fomento de la salud integral; prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; rehabilitación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2002 a través de una iniciativa realizada: “*La Salud Pública en las Américas*”, establecen las funciones esenciales de la salud pública, entendidas éstas como “aquellos procesos y movimientos de la Sociedad y del Estado que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una Sociedad dada”⁸

Siguiendo la propuesta de la OMS/OPS; son funciones esenciales de la salud pública las siguientes:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la Población
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- Promoción de la salud.
- Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

⁸ *Ibíd*em, p. 14

- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

En síntesis, la salud está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo; es un proceso histórico-social; y la enfermedad hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo.

Es un producto histórico social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto.

II. BREVE HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

En la mayoría de los países el sistema de salud nació para dar respuesta a las amenazas de las epidemias. El financiamiento del mismo es con recursos del estado provenientes de impuestos.

En 1780 el Virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal Protomedicato, el cual ordenará de acuerdo a los nuevos criterios iluministas el ejercicio de la medicina. Sus funciones y facultades permiten considerarlo el primer organismo de Salud Pública.

En 1880 se crea el Departamento Nacional de Higiene, que se dedicaba al cuidado de los puertos, contactos con otras naciones y fronteras. Con la creación de este departamento se produjo un pasaje de atribuciones del poder local al nivel central. Respondía a demandas puntuales y de corto plazo.

Imperaba en esta época un pensamiento positivista hegemónico como forma de interpretar la realidad, atravesando lo institucional.

A comienzos del siglo XIX se inicia en Buenos Aires la etapa fundacional hospitalaria, que también se propaga por todo el país. El sistema estaba conformado por una multiplicidad de instituciones casi todas de beneficencia y algunos hospitales de comunidad.

Para el Estado Liberal, la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental.

En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la “cosa pública”. En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de “policía médica” ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno.

El rol del estado era prácticamente secundario, no intervino de forma directa en la atención de la salud; sino que se limitaba a subsidiar instituciones privadas, a formar recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial. La concepción de salud dominante (paradigma de esa época) era el de la responsabilidad individual y objeto de la caridad.

El crecimiento urbano y la corriente migratoria explican las nuevas orientaciones del estado en materia de salud pública.

En la historia argentina la Salud Pública surgió como una función importante del Estado durante la primera presidencia de Juan D. Perón, quien creó en 1949 el Ministerio de Salud Pública, siendo el primer Ministro Ramón Carrillo; quien dio inicio formal al desarrollo y fortalecimiento del sistema hospitalario nacional.

El golpe de estado de 1955, disolvió el Ministerio de Salud Pública, e incluyó sus funciones en el Ministerio de Asistencia Social, que a su vez fue disuelto ese mismo año, al asumir el poder el General Pedro Eugenio Aramburu.

En la Argentina desde 1946, se observa la fuerte centralidad de la presencia estatal en el sector. Se pusieron en marcha políticas sanitarias que tendieron a asistir, promover, proteger y prevenir la salud de la población.

En 1947 Ramón Carrillo logró que se sancionara la Ley 13.012 para la creación de un Código Sanitario y de la Asistencia Social para el país. Este Código comprendía dos grandes ejes que orientaban la doctrina de la época: la Policía Sanitaria y la Asistencia Social

Ramón Carrillo citaba a la salud como un problema de todos y hacer de cada institución de la Sociedad Argentina un centro de salud; contando con una concepción de salud revolucionaria para la época y que aún sigue siéndolo.

Durante el Estado de Bienestar “se sientan las bases principales del sub sector público como del de la seguridad social, lo cual lo convierte en un momento instituyente de la historia del sistema de salud argentino”.⁹ El sistema de salud “mantuvo” esta línea hasta la década del setenta, período en el cual comenzó a hacerse evidente la fragmentación y el traspaso de recursos de un servicio a otro en perjuicio del subsector público, limitando la accesibilidad al sistema sanitario de gran parte de la población, consolidándose el sistema de obras sociales.

La dictadura Argentina iniciada en 1976 profundizó deliberadamente el deterioro de la capacidad de control del estado replazándolo por el mercado, favoreciendo la expansión del capital privado en el sector, a pesar de la permanencia de los organismos oficiales, aplicando sistemáticamente el terrorismo de estado, la represión y desaparición de personas, desaparición de bienes, el

⁹ Fidalgo M; “Adiós al derecho a la salud: el desarrollo de la medicina prepaga”; Espacio; Buenos Aires; 2008; pág.51

desmantelamiento del apartado productivo y el exterminio de una generación perseguida, fusilado o exiliada.

Durante la década del '80 se efectuó un achicamiento del Estado y pérdida de beneficios socio-sanitarios, en detrimento de los sectores más vulnerables y vulnerados.

Los años '90 serán tristemente recordados por la privatización de efectores públicos, el arancelamiento, la fragilización y vaciamiento de las obras sociales, favoreciendo el ilimitado crecimiento y expansión del subsector privado.

A través de esta reducción del Estado y crecimiento del mercado, se produjeron serias transformaciones de políticas públicas en la Argentina, profundizando la inequidad y exclusión de importantes sectores de la sociedad.

El proceso de mercantilización de los derechos sociales agudizado durante este período quebrantó los mismos, tendiendo a que la salud se convierta en un bien que solo pueden costearlo unos pocos.

Fidalgo Maitena sostiene que durante la década de los 90, en el campo de la salud, el requerimiento de contracción del gasto público y la reforma estatal, contribuyeron a la introducción de nuevos parámetros, los cuales se expresaron en dos afirmaciones "la crisis de la salud se vincula con cuestiones netamente financieras a la vez que, se introduce la lógica del "gerenciamiento" de la salud, imponiéndose una racionalidad distinta y nueva en el sector. De allí que se puede sostener que la atención "gerenciada" se constituyó en uno de los ejes de la reforma en salud. Ésta se caracteriza por subordinar las decisiones médicas-asistenciales a un esquema de racionalidad financiera, a partir de la reducción de costos".¹⁰

Con el modelo neoliberal, comienzan a hacerse visibles los efectos de las políticas estatales del momento ; la desocupación, la precarización laboral, la

¹⁰ *Ibíd.*, p. 88

vulnerabilidad y la pobreza se traducen en una total ausencia de igualdad de oportunidades, produciendo una lamentable desintegración social.

A partir de este momento, comienza a diversificarse la demanda en el campo de la salud, “la nueva cuestión social”,¹¹ comienza a visibilizar modificaciones en las relaciones laborales y en la significación del trabajo, incremento del desempleo, de la marginalidad, aumento de las diferencias sociales y regionales, etc.

Otros aspectos comienzan a ser considerados como condicionantes del campo de la salud, como son la situación socioeconómica de los pacientes, el contexto cultural, las crisis familiares, etc.; siendo evidente el hecho de que la salud se encuentra multideterminada por dichos factores.

A partir de estos nuevos aspectos a tener en cuenta desde el campo de la salud, las instituciones sanitarias (y junto a ellas sus profesionales) han tenido que adaptarse a las nuevas problemáticas sociales. Situaciones como la violencia juvenil, los malos hábitos alimenticios, los niveles de consumo de drogas o alcohol en la sociedad, la falta de educación vial que trae aparejado un alto índice de accidentes de tránsito, etc. hacen que la demanda en el campo de la salud se vea modificada en relación a décadas anteriores.

III. SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Para pensar el derecho a la salud, es necesario tener en claro que ello se afirma en un sistema que lo abastezca y sostenga. En la Argentina el sistema de salud se caracteriza por estar integrado por tres subsectores: Público, Privado y de Obras Sociales. Los dos últimos subsectores están muy relacionados entre sí,

¹¹ A Partir de la Década del 70, se incorpora una dimensión muy estructuradora del campo social, que es la de inclusión – exclusión, y esto es lo que hace a la nueva cuestión social. La misma va a estar vinculada a problemas de desempleo estructural, precarización, vulnerabilidad de los sujetos y, a la problemática de la exclusión. García Delgado D; “Cambios actuales en el mundo del trabajo y la nueva cuestión social en América Latina” P. 2, 3

dado el alto grado de contratación de servicios de salud que hacen las instituciones responsables de la gestión de la seguridad social (Obras Sociales) con prestadores privados de servicios de salud de diferente tipo y tamaño.

La heterogénea oferta de coberturas afecta a los 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 Obras Sociales Nacionales, 24 Obras Sociales Provinciales, varias decenas de sistemas de medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, además del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente identificado bajo la sigla PAMI. Desde 1993 se introdujo la “libre elección” de Obras Sociales Nacionales por parte de los trabajadores vinculados a ese Régimen, en el marco de un proceso de “desregulación” y búsqueda de eficiencia en el mismo. La fragmentación y falta de coordinación y articulación de este conjunto de instituciones, ha limitado la conformación de un sistema de salud solidario, eficiente y universal. La seguridad social, de esta manera, se gestiona por instituciones sumamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado, modalidades de operación y redes de servicios de salud que contratan para atender a sus afiliados.

Se puede decir entonces, que el sistema de salud argentino está atravesado por la fuerte fragmentación en sus niveles de atención y su falta de integración. En muchos casos las personas quedan atrapadas en los circuitos burocráticos institucionales no quedando cubiertos por ningún nivel de atención, siendo el mismo sistema un condicionante negativo en el proceso salud-enfermedad-atención.

Subsector Público

El subsector público en Argentina, posee la mayor capacidad instalada del país, dependiendo sus establecimientos de la Jurisdicción Nacional, Provincial o Municipal. Está concebido para Prestar servicios a la totalidad de la población que

los demanda sin, y cubre financieramente a la población no asegurada. El sistema público de salud es el responsable de garantizar el cuidado de la salud de todos los ciudadanos.

La infraestructura pública debería disponer de una amplia capacidad para reducir las desigualdades sociales en la salud y el subsector público es el que tiene la mayor capacidad para promover la equidad. Junto con el subsector de la seguridad social constituye la fuente de financiamiento (gasto solidario) más poderosa desde el punto de vista redistributivo.

Subsector de la seguridad social

El subsector de la seguridad social comprende las Obras Sociales Nacionales y el PAMI, creadas por leyes nacionales específicas; las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24 jurisdicciones, con marcos jurídicos heterogéneos, y otras Obras Sociales, como son las de las Fuerzas Armadas o la Policía. En conjunto brindan cobertura financiera a alrededor de 20 millones de personas.

Los recursos de estas entidades provienen de aportes y contribuciones sobre el salario y actúan predominante como financiadores, contratando servicios médicos privados.

Subsector privado

El subsector privado se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o "prepagos".

Sector prestador

El sector prestador compuesto por clínicas, sanatorios, laboratorios, consultorios y hospitales privados, el cual creció vertiginosamente desde 1970, al amparo del fuerte aporte de fondos provenientes de contratos con las Obras

Sociales, favorecido por un marco regulatorio débil y por la modalidad de pago por prestación.

Empresas de Medicina Prepaga

Las empresas de Medicina Prepaga actúan como entidades de seguro voluntario. Se concentran en las grandes ciudades, cubriendo a alrededor de 2,2 millones de personas, cuyo gasto representa aproximadamente el 7% del total del gasto en salud.

III.I. NIVELES DE ATENCION

Dentro del sistema de salud, la atención está organizada en tres niveles de complejidad. Estos niveles son: el nivel primario de la atención, es el de mayor cobertura pero menor complejidad; está destinado a cumplir con las funciones de promoción y prevención de la salud. Estas actividades se llevan a cabo en los centros de salud, unidades sanitarias, dispensarios etc. Es competencia del primer nivel de atención, la correcta derivación de los casos de mayor nivel de complejidad.

El segundo nivel de la atención, se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico de la salud los cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

Categoría I

Atención integral ambulatoria y hospitalaria, en cuatro especialidades que pueden ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud

Categoría II

Atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. (Mayor número de especialidades).

El Tercer nivel de atención, se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Formado por hospitales de mayor complejidad; en los que se realizan actividades de investigación y docencia.

Aquí trabajan especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que requieren equipos e instalaciones especializadas. Este nivel de atención tiene como uno de sus propósitos promover que los beneficiarios alcancen un grado de funcionamiento tan elevado como sea posible.

IV. LA INSTITUCIÓN

El Trabajo Social, como profesión, desarrolla su tarea principalmente dentro de instituciones insertas en un campo determinado, es así que se considera abordar diferentes definiciones de la misma, lo cual permite tener una mirada amplia de dicho concepto.

Según Natalio Kisnerman, toda institución es una unidad de producción, la cual transforma determinados objetos en productos, mediante la utilización de recursos humanos, materiales, naturales, técnicos y financieros. En tanto unidad de producción, nos permite encararla, desde el Trabajo Social, como un recurso para el logro de objetivos profesionales. En tanto espacio donde se configuran determinadas relaciones de producción, nos permite abordarla desde el Trabajo Social como objeto de trabajo.

Surge de una necesidad a la que pretende satisfacer, produciendo un resultado, efecto o producto. Toda Institución se constituye dentro de una estructura social a la que reproduce como parte de ella, en este sentido, en este sentido, en toda institución se reproducen los mismos procesos que en la sociedad global de la que forma parte.

Es concreta, social, histórica y compleja. Concreta porque es real, existe; social porque son los hombres quienes les dan origen, desarrollo y sentido; histórica porque obedece a una necesidad y realidad concreta que la genera y tiene un desarrollo en el tiempo-espacio; y compleja porque en ella se desarrollan una serie de actividades diversificadas, las que también tienen un grado de desarrollo histórico y determinan roles y funciones.

Por su parte, Eugene Enríquez sostiene que hay institución cuando en un grupo se comparten leyes de funcionamiento, sistemas de reglas, medios de transmisión y cierta influencia sobre el funcionamiento de una sociedad. Según el autor, las instituciones se fundan, se basan sobre un saber, un sistema de valores y de acciones que tienen fuerza de ley, y que, por lo menos en un primer momento se presentan como verdades.

El término institución se utiliza generalmente para hacer referencia a organizaciones concretas (un hospital, una escuela, un centro de salud, entre otros) en las que se cumplen ciertas funciones especializadas con el propósito de concretar las acciones-valores. Lidia Fernández define a los establecimientos institucionales como “unidades dotadas de espacio, instalaciones, personal que funcionan de modo organizado, que pretenden alcanzar metas siguiendo un programa y que, además, expresan la versión singular del tipo particular de establecimientos que se especializan en concretar alguna norma o institución universal”¹² Ninguna institución permanece siempre en un mismo estado.

¹² Fernández L; “En análisis de los institucional en la escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales”; Paidós, p. 21

Gregorio Kaminsky sostiene que todas las instituciones, aun las que aparentan ser más estáticas, se mueven. Este movimiento está dado por el “juego”, por la permanente articulación de dos dimensiones o planos: lo instituido y lo instituyente. La dimensión de lo instituido significa una estructura ya dada, mientras que la dimensión de lo instituyente no es tan solo algo dado, sino que se va construyendo según este “juego” o dialéctica.

En la base de toda institución existirá un núcleo de tensión y conflicto que juega un papel central en su funcionamiento. La dinámica institucional, la cual puede definirse como el movimiento a través del cual las dificultades se convierten en problemas y se trabaja para su solución, está presente en toda institución en mayor o menos medida.

El conocimiento de la historia particular de una institución es una pieza clave para el análisis institucional; otros aspectos como la organización formal e informal, los sistemas de liderazgo, autoridad y poder, adquieren una nueva dimensión de sentido a la luz de la historia institucional y especialmente en lo que creemos fundamental para el desarrollo exitoso de nuestra intervención.

En cuanto a la clasificación de las instituciones no existe un único criterio, Kisnerman cita a Burgess, quien señala cuatro tipos:

-*Culturales básicas*: familia, iglesia, escuela;

-*Comerciales*: empresas industriales y comerciales privadas y del Estado;

-*Recreativas*: clubes, teatros, cines;

-*De control social formal*: agencias de servicios sociales y gubernamentales.

A ellas Pauline Young agrega dos más:

-*Sanitarias*: hospitales, clínicas, campos y hogares para convalecientes;

-*De comunicaciones*: agencias de transporte, postales, teléfonos.

Según el campo de trabajo o área de conocimientos dominantes, podemos clasificarlas en:

-*Económicas*: empresas, bancos, comercios, cooperativas, etc.;

-*Sociales*: hospitales, clínicas, consultorios médicos, sindicatos, colectividades extranjeras, hogares y clubes de ancianos, etc.;

-*Culturales*: escuelas primarias y secundarias, universidades, teatros, cines, museos, etc.;

-*Políticas*: ministerios y secretarías nacionales y provinciales, entes regionales, municipales, etc.

Según el espacio en el que ejercen su influencia, las podemos clasificar en:

-*Locales*: cuando su área de influencia es municipal o parte de éste.

-*Provinciales*: cuando ese espacio cubre el territorio de una provincia.

-*Regionales*: cuando su área de influencia abarca más que una provincia y menos que una nación.

-*Nacionales*: cuando abarca todo el territorio de una nación.

-*Internacionales*: cuando su área de influencia excede los límites jurisdiccionales de una nación.

De acuerdo a su jurisdicción, las instituciones son públicas o privadas. *Pública* no equivale a ser del Estado, si bien el Estado administra los bienes que son del público. Es público un hospital, una escuela, pero también un centro comunitario, un centro deportivo, cuando éstos son propiedad del barrio en el que existen, o están bajo su control. Las *privadas* son propiedad de una persona o grupo. Pueden a su vez clasificarse en empresas y asociaciones. Estas últimas son agrupamiento de personas en base a intereses compartidos para llevar a cabo

determinados objetivos cuyo producto final son bienes materiales y/o servicios, por ejemplo cooperativas, patronatos, etc.

Según normalicen, controlen o verifiquen el funcionamiento de otras instituciones, se las puede clasificar en regulativas (ministerio) y operativas cuando cumplen tareas por sí mismas (hospitales).

Si concentran funciones, acciones y decisiones, son centralizadas y si las delegan en instituciones locales son descentralizadas.

A pesar de la cantidad de clasificaciones que pueden hacerse de las instituciones y de la necesidad de ubicar cada una en un tipo particular, ninguna clasificación es pura y autónoma.

La estructura organizacional se debe diseñar de tal manera que aclare quien tiene que hacer determinadas tareas y quien el responsable de ciertos resultados, lo cual elimina los obstáculos al desempeño ocasionado por la confusión y la incertidumbre de la asignación y proporciona redes de tomas de decisiones y de comunicaciones que reflejan y respaldan los objetivos de la institución

V. DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que "Discapacidad" es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son barreras para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad”¹³ Asimismo sostiene que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”¹⁴

Dicha Convención adopta un lenguaje de derechos, establece obligaciones a los Estados partes e instituye garantías para su cumplimiento. Contiene una serie de derechos sustantivos (educación, salud, empleo), pero éstos son abordados desde la perspectiva de la no discriminación; asegurando la aplicación de éste principio en cada uno de los derechos. Hace hincapié en que lo que provoca la situación de discapacidad es la interacción con diversas barrera, tomando como base el modelo social de la discapacidad.

Por su parte, La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social)

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser

¹³ Ley 26.378: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Preámbulo, inc. e

¹⁴ *Ibidem*, Art. 1

aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud por ejemplo, lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer.

El informe sobre la Discapacidad realizado en el año 2011 por la OMS y el Banco Mundial, nos proporciona algunas estadísticas en relación a la temática:

Más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

Según la *Encuesta Mundial de Salud*, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad.

La misma encuesta señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento.

Solo la *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen "discapacidad grave".

En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la

diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias.

Armando Vázquez, en su artículo titulado “Discapacidad en América Latina” sostiene que la discapacidad es producto de diferentes causas, las cuales varían de acuerdo al nivel de desarrollo de cada país:

Causas sanitarias

Además de las causas comunes que se comparten con los países industrializados, como defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos y accidentes de tránsito, los países de América Latina cuentan con casos significativos de discapacidad relacionados con enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales y problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto.

Causas ambientales

Estas causas comprenden problemas de contaminación ambiental y sus efectos en la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas en los cultivos que aumentan los riesgos de deficiencias y discapacidades; la falta de prevención de la violencia y los accidentes laborales y de tránsito, y los conflictos armados, que causan traumas psicológicos y emocionales.

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones. Esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, para tener una vida digna y

de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad.

Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida Adecuada y la puedan mantener, se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e integración social. La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública y es esencial para lograr la equidad, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social.

VI. MODELOS DE LA DISCAPACIDAD

A lo largo de la historia han existido múltiples modelos de tratamiento para las personas con discapacidad. Se pueden distinguirse tres modelos que coexisten en mayor o menor medida en el presente.

El modelo de prescindencia

Dicho modelo supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso y en el que las mujeres y hombres con este tipo de diferencias se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, porque albergan mensajes diabólicos, porque son la consecuencia del enojo de los dioses, o que, por lo desgraciadas, sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea situándolas en el espacio destinado para los “anormales” y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia (sub-modelo de marginación)

Dentro del modelo de prescindencia se pueden encontrar dos sub-modelos, estos son:

El sub-modelo *eugenésico*, que podría ser situado a modo ilustrativo en la antigüedad clásica. Tanto la sociedad griega como la romana, basándose en motivos religiosos y políticos, consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños con deficiencias. La explicación respecto de las causas que daba origen a la discapacidad era religiosa, unido a la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena ser vivida, ya que la misma representaba una carga para los padres o la comunidad. La solución adoptada por el submodelo eugenésico fue prescindir de las personas con deficiencias, mediante el recurso a prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños.

El sub-modelo *marginación*, donde las personas con discapacidad se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres y los marginados, y signadas por un destino marcado esencialmente por la exclusión

El modelo Rehabilitador

Desde su filosofía se considera que las causas que dan origen a la discapacidad son científicas. Desde este modelo las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean “rehabilitadas”. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este paradigma es “normalizar” a las personas con discapacidad.

En el modelo rehabilitador la persona con discapacidad tiene un “problema” que debe “superar” para poder “adaptarse a la sociedad”. En este modelo, el manejo de las consecuencias de la enfermedad está dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación.

El foco estuvo históricamente en las personas con discapacidad, en la patología que exhibía, en las formas encaradas para que fuera ella la que se adaptara al medio, al que se la pretendía integrar. “Las respuestas, han sido siempre de protección, de asistencia, de compensación”¹⁵ Dicho modelo se consolida en los inicios del siglo XX, al finalizar la Primera Guerra Mundial. Las causas que dieron origen a su plasmación se relacionan con la guerra y los accidentes laborales. Finalizada la Primera Guerra Mundial, quedaron *heridos de por vida* un número alarmante de hombres. Estas personas fueron denominadas *mutilados de guerra* diferenciándose de los discapacitados por accidentes laborales. Fue así que la Discapacidad comenzó a ser relacionada con los heridos de guerra y a ser vista como una deficiencia a ser erradicada

“El tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta. De este modo, desde el punto de vista jurídico, la discapacidad es abordada exclusivamente dentro de la legislación de la asistencia y seguridad social, o como parte de ciertas cuestiones del derecho civil relacionadas con la incapacitación y la tutela (...)”¹⁶

Modelo Social de la Discapacidad

El modelo social, surge a finales de la década de los '70 En los Estados Unidos e Inglaterra a partir del movimiento activista de personas con discapacidad y organizaciones que la nucleaban a favor del cambio en la noción de discapacidad, la adopción de políticas antidiscriminatorias y en contra de la

¹⁵ Acuña, C; Bulit Goñi, L; “Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: El desafío de hacer realidad los derechos”; Buenos Aires; Siglo XXI, 2010. P. 28

¹⁶ Palacios A; “La discapacidad como una cuestión de derechos humanos Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”; Ediciones Cinca; Bs As 2007; p. 17

construcción social de las personas con discapacidad como ciudadanos de segunda clase. El mismo se funda en dos presupuestos:

- a) que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales;
- b) que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, tanto como el resto de sus integrantes.

Por ende, desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es un hecho social, en el que las características médicas y biológicas de la persona tienen importancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades. Es decir, las limitaciones son construidas por la propia sociedad que no brinda servicios adecuados y medios de integración para las personas con discapacidad.

Desde el modelo social, las personas con Discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que las personas sin discapacidades pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas, en ciertos aspectos, diferentes. “Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros”.¹⁷ Parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. Asimismo, apunta a la autonomía de las personas para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

¹⁷ *Ibidem*, p. 19

“NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS”¹⁸

En síntesis, el modelo Social considera a la discapacidad como un fenómeno complejo, que no se limita simplemente a un atributo de la persona, sino que es el resultado de un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto social. En consecuencia, ello requiere la realización de todas las modificaciones y adaptaciones necesarias, a los fines de alcanzar la participación plena de las personas con discapacidad en la totalidad de las áreas de la vida en comunidad. “El modelo social se encuentra, entonces, muy relacionado con la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Se centra en la dignidad intrínseca del ser humano, y de manera accesoria, y sólo en el caso que sea necesario, en las características médicas de la persona. Sitúa al individuo en el centro de todas las decisiones que le afecten, y sitúa el centro del problema fuera de la persona, en la sociedad.”¹⁹

Las diferencias entre los dos últimos paradigmas no son menores, en el primer paradigma, es la persona con Discapacidad la que debe ser rehabilitada y normalizada; en el segundo, en cambio, es la sociedad la que debe ser pensada, diseñada o adaptada para hacer frente a las necesidades de cualquiera de sus miembros. “con este cambio, la patología, la deficiencia que genera la discapacidad, pasa de ser el centro de la atención a ser un dato, relevante por cierto, pero no para definir a un sujeto o a un colectivo sino para determinar las estrategias de la sociedad y de las políticas capaces de garantizar la inclusión (en términos no solo físicos sino también culturales) a todos los individuos”.²⁰ Es importante destacar al respecto, que las consecuencias e implicancias de ésta visión de la discapacidad, tienen un fuerte impacto en las políticas y acciones

¹⁸ la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, han adoptado como lema la frase “nada sobre nosotros sin nosotros” la cual se basa en el principio de la participación plena y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad)

¹⁹Palacios, A. La discapacidad como una cuestión.... Op.cit. p. 23

²⁰ Acuña. Las políticas sobre la Discapacidad... Op. Cit. P. 35

concretas aún permeadas por el paradigma rehabilitador que se mantiene marcadamente arraigado a la cultura en general.

VII. REHABILITACIÓN

La OMS en 1969 define la rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, al fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.

Abarca Todas las medidas que tienen como objetivo disminuir el impacto de las condiciones que causan la discapacidad y las restricciones en la participación social para llevar a cabo la integración social de las personas con discapacidad.

La rehabilitación es un proceso global y continuo con objetivos definidos, destinados a permitir que una persona con discapacidad, alcance tanto un nivel físico como mental y social óptimo, dándole las herramientas necesarias para poder alcanzar un nivel mayor de independencia y libertad. Es un proceso (largo) compuesto por acciones médicas y sociales (educación, vivienda, trabajo) tendientes a lograr la máxima recuperación, favoreciendo el autovalimiento, la aceptación de la discapacidad y la inserción social.

La rehabilitación no cura, promueve la independencia del sujeto potenciando su función remanente; poniendo especial énfasis en desarrollar las capacidades residuales y deseos, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

En rehabilitación el equipo funciona en forma inter y multidisciplinaria, tanto en la evaluación como en el tratamiento. Intervienen varios integrantes con el

objetivo de conocer y valorar cuantitativamente y cualitativamente las características de las dificultades funcionales y sociales.

Incluye servicios como: detección temprana, diagnóstico e intervención; atención y tratamiento médico; asesoramiento y asistencia social, psicológica y de otros tipos; capacitación en actividades de autocuidado que incluye los aspectos de la movilidad, comunicación y actividades de la vida de cotidiana; suministro de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositivos; servicios educativos especializados; servicio de rehabilitación profesional, incluyendo orientación profesional, colocación en empleo abierto o protegido y seguimiento.

Se pueden identificar diferentes estrategias de la rehabilitación:

Prevención de discapacidades, que es el uso de las medidas rehabilitadoras bajo el enfoque preventivo de discapacidades, con la finalidad de evitar la producción del daño, siendo llevado a cabo por el equipo general de salud.

Rehabilitación institucional, que abarca el uso de medidas rehabilitadoras con utilización de alta tecnología, equipo y personal especializado en instituciones.

Rehabilitación basada en la comunidad, que abarca el uso de medidas rehabilitadoras, de tecnología adecuada, utilizando los recursos de la comunidad, personal no especializado, enfatizando en el desarrollo de las habilidades para el logro de su integración social, basado en la participación de la comunidad.

Con respecto a la rehabilitación Institucional, es necesario destacar que la misma siempre se realiza en equipo inter y multidisciplinario tanto para la evaluación como en el tratamiento: Médico Fisiatra, Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo, Psicólogo, Enfermero, Técnico en prótesis y ortesis, Recreación y deportes, paciente y Familia. El médico especialista en rehabilitación (fisiatra), tiene la responsabilidad de la coordinación del proceso, proponiendo un programa con objetivos alcanzable, lógicos, determinando la metodología. El alta del paciente debe ser trabajada con él, su

familia y el equipo de salud desde su ingreso a tratamiento, comenzando con un proceso de altas transitorias (de fin de semana), siempre que el paciente esté en condiciones clínicas, psíquicas y sociales.

El objetivo de estas altas transitorias es la revinculación de la persona con su medio y su grupo familiar, y que el paciente comience a implementar los ejercicios aprendidos en las terapias en su propio espacio, y ver así las limitaciones que se le presentan para trabajarlas con los terapeutas.

Se hace necesario efectuar un verdadero proceso educativo que lleve a un cambio de actitud de todo el medio familiar, para que contribuyan con una actitud bien definida y positiva a crear las condiciones anímicas en un ambiente propicio, para que la persona afectada por una disminución física y/o psíquica pueda sentirse en un núcleo que lo comprende, lo estimula y lo integra.

En síntesis, la rehabilitación es un proceso intrincado en donde juegan un papel muy importante las relaciones humanas. Se trata de acompañar en situación de crisis coyuntural por lo "inesperado", que irrumpe en el seno familiar, con impacto en los planos emocionales, familiares, sociales, económicos.

VIII. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN REHABILITACIÓN

El Ministerio de Salud de la Nación define en las *Normas de Organización y Funcionamiento del área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales* a los servicios sociales como "la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares.

Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extra sectoriales que obstaculicen su integral atención”.²¹

Dichas Normas explicitan el perfil profesional del Trabajador Social. Algunas de las incumbencias profesionales en el área de la salud que se mencionan son las siguientes:

- Promover la participación del paciente y su familia sobre los efectos sociales del diagnóstico y pronóstico médico, así como en la programación del alta.
- Encausar al paciente y su familia en lo que atañe a rutinas hospitalarias, seguridad social y convenios.
- Orientar a la familia en casos de traslado a hospitales e Instituciones especializados.
- Desarrollar actividades extramurales, entrevistas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo
- Intervenir, con enfoque epidemiológico, en tareas de promoción, prevención y educación para la salud en la comunidad de su influencia.
- Elaborar y ejecutar Programas/ Proyectos de prevención y atención de enfermedades prevalentes y/o de las patologías recurrentes.

²¹ (Ministerio de Salud de la Nación Argentina; Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica; Resolución 482/2002 “NORMA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL AREA DE SERVICIO SOCIAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES”

- Participar en ateneos y/o reuniones del equipo de salud.

El trabajador social en el área de la salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad.

Identifica las redes familiares y sociales, promueve la utilización de los recursos institucionales disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y evaluación permanente. A su vez ejerce el rol de educador social, trabajando desde el binomio prevención-promoción.

En el proceso de Rehabilitación, el rol de Trabajo Social es fundamental en el equipo interdisciplinario, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales, aportando los saberes del campo de lo social, realizando un abordaje del contexto social del paciente promoviendo el desarrollo de sus recursos personales, los de su familia y la comunidad.

“El trabajador social, es el profesional que trabaja con los pacientes y sus familias conteniéndolos en el proceso, facilitando su red vincular intra y extra hospitalaria, facilitan la integración del paciente y del grupo familiar a la institución, favoreciendo la comunicación”²²

IX. INTERDISCIPLINA

Carlos Eroles, define a la Interdisciplina como una forma de articulación que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta un sujeto determinado.

²² Servicio Social del Hospital de Pediatría “Prof. Doctor Juan Garrahan”; “Trabajo Social en el ámbito hospitalario” Espacio; Buenos Aires; 1996. P. 52

En esta modalidad de intervención, la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina hace a las otras para operar en una situación concreta, tratando de superar las comprensiones fragmentarias

Según Ander Egg y Follari la interdisciplinariedad puede darse a partir del contacto entre diferentes disciplinas; teniendo en cuenta las diferencias de objeto y de método de cada una de ellas.

Follari sostiene que lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco común.

De esta manera cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. A partir de lo dicho es importante tener en cuenta los aportes específicos del Trabajo Social como disciplina son sumamente relevantes en el establecimiento con los otros miembros del equipo de un acuerdo teórico-ideológico y epistemológico indispensable para la comprensión de la diversidad de las problemáticas que se presentan en la intervención.

El cómo se desarrolla lo interdisciplinario es un debate fundamental. Alicia Stolkiner, sostiene que el mismo incluye el análisis de dos niveles: Un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas.

Un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente.

Un nivel individual, donde la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud.

Por último se destaca en relación a la interdisciplina, el planteo que realiza la autora arriba mencionada quien sostiene que “En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión”.²³

X. FAMILIA: ALGUNAS CONCEPCIONES GENERALES

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. Se considera a la misma como un fenómeno universal pero diferente en el tiempo y en el espacio. La universalidad remite a algunas funciones y tareas que deben ser realizadas en toda la sociedad. Sin embargo, el concepto de familia es complejo y difícil de delimitar, sobre todo porque hay una multiplicidad de formas familiares en función de las épocas históricas, de las distintas culturas e incluso de los diferentes grupos dentro de una misma cultura.

Carlos Eroles sostiene que la familia fundamentalmente tiene dos funciones: asegurar la supervivencia física y construir lo esencialmente humano del hombre

Actualmente, no se puede visualizar un único modelo de familia, sino que la vida familiar está caracterizada por la diversidad. Existen múltiples y variadas modalidades de organización familiar, producto de grandes procesos de cambio social, económico, tecnológico y político.

Tales cambios permiten afirmar que, la familia, como organización social básica, en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en mundo de la vida cotidiana, “es un espacio complejo y contradictorio, en tanto emerge como producto de múltiples condiciones del contexto socio – político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de

²³ IX Jornadas Nacionales de Salud Mental Y Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy. Posadas Misiones. Panel de Alicia Stolkiner. P. 8

conformación esperadas socialmente, y una historia singular de la propia organización, donde confluyen: lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto – contexto”.²⁴

El concepto de familia se ha definido y desarrollado desde diferentes disciplinas y perspectivas teórico – metodológicas. Así, la antropología, al hablar de familia lo hace aludiendo a la noción de parentesco; mientras que la sociología, además de parentesco incorpora la noción de co – residencia.

La familia es así “el conjunto de personas emparentadas, que viven en la misma casa y que participan en común de actividades ligadas a su mantenimiento cotidiano.”²⁵

Elizabeth Jelin sostiene que la familia en tanto institución social, regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades clásicas de la misma: sexualidad y procreación. Incluye también la convivencia cotidiana expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano.” Estas concepciones reconocen como sinónimos los términos de “hogar” y “unidades domésticas”

En éste sentido, Susana Torrado, define a las unidades domésticas como “grupo de personas que interactúan en forma cotidiana, regular y permanente a fin de lograr mancomunadamente: su reproducción biológica, la preservación de la vida, cumplimiento de prácticas económicas y no económicas indispensables para optimizar sus condiciones materiales y no materiales de existencia”²⁶. La misma implica: que los miembros de la unidad compartan el mismo lugar de residencia; que alguno de los miembros estén vinculados por relaciones de parentesco y que los miembros del grupo constituyan una unidad de consumo (con ingresos y

²⁴ De Jong, Eloísa y otros; La familia en los albores del nuevo milenio. Capítulo 1: “Trabajo Social, Familia e Intervención”; Ed: Espacio; Buenos Aires; 2001; P. 11

²⁵ Wainerman, Catalina; “Vivir en Familia”; UNICEF/Losada; Buenos Aires; 1.996; P. 184

²⁶ Torrado, Susana; El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina. Orientaciones teórico – metodológicas. C.E.U.R 2da edición. Ed. Buenos Aires; 1985; P. 8

gastos comunes), es decir que sea una unidad de funcionamiento doméstico. La unidad familiar tiene responsabilidades en la satisfacción de las necesidades de sus integrantes.

Eloísa de Jong sostiene que en la actualidad resulta necesario entender en los nuevos modos de organización familiar qué se preserva y qué cambia.

Cada familia es vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, desde donde construye sus modos de interacción, que le dan sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a la sexualidad, reproducción y socialización de sus miembros.

La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción.

Estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

En síntesis se puede decir que la familia es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de la construcción de identidades, de los procesos de individuación. Cada familia se constituye a partir de la internalización recíproca por parte de sus miembros de su condición de tal, y cada uno de ellos se reconoce en un nosotros, respondiendo a la vez a las condiciones materiales y simbólicas de un orden económico, cultural, social en las que produce y reproduce su vida. "cada familia responde a modos culturales particulares del sector o grupo del que forman parte, de las condiciones concretas que les toca vivir. No es un producto ideal, es un producto real, con frustraciones y realizaciones" ".²⁷

²⁷ De Jong, Eloísa y otros; La familia en los albores... Op. Cit. p 20

XI. ¿COMO SE ORGANIZA INTERNAMENTE LA FAMILIA?

La organización social de las actividades domésticas incluye “la producción y el consumo cotidiano de alimentos y otros bienes y servicios de subsistencia, como así también las actividades ligadas a la reposición generacional”.²⁸

Para llevar adelante las actividades ligada al mantenimiento de sus miembros, toda unidad doméstica requiere tener acceso a recursos, los cuales provienen de distintas fuentes. Los mismos pueden ser propios de la unidad doméstica, sociales y materiales.

Los recursos propios de la unidad familiar hacen referencia a las reglas, formas de interacción, modalidades en el manejo de la economía hogareña, educación de los hijos, etc. Los recursos sociales, o capital social, consisten en la red de relaciones sociales, laborales, de parentesco o de amistad, donde se establecen y circulan relaciones de intercambio, reciprocidad, mutuo apoyo y solidaridad.

La organización interna de la familia fue variando a lo largo de la historia. Actualmente, la relación cotidiana entre los miembros de la unidad doméstica y su hogar es variable. Si bien el hogar sigue siendo el punto de referencia para sus miembros, varía el tipo de actividades compartidas, su frecuencia y los grados de autonomía personal en las tareas de automantenimiento.

Sin embargo, no todos los miembros gozan del mismo grado de libertad. “La división intrafamiliar del trabajo (¿quién hace qué?), la distribución y el consumo (quién recibe qué; cómo se organiza el presupuesto; a quién se satisface primero) y las responsabilidades de cada uno de los miembros hacia el grupo (de quién es la responsabilidad de atender a los que necesitan cuidados; cuánto del

²⁸ Jelín, Elizabeth. Pan y afectos. La transformación de las familias. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires 1998. Pág. 56 – 57)

trabajo o ingreso de cada miembro se integra al presupuesto familiar) se estructura en cuanto a diferenciaciones según edad, sexo y parentesco".²⁹

Tanto en términos de los recursos monetarios incorporados a la unidad familiar, como en el tiempo personal dedicado a tareas de la domesticidad y en el compromiso afectivo involucrado, el aporte de cada miembro de la familia a la actividad común, varía según el tipo de obligaciones y afinidades hacia afuera que el mismo posee.

Por último es necesario remarcar que las unidades domésticas no necesariamente concentran todas las actividades ligadas al mantenimiento de sus miembros; para algunas áreas, especialmente las de mantenimiento cotidiano (comida, higiene etc.) el grupo doméstico parecería ser la unidad social básica. Otras incluyendo la salud, cuidado de los niños, etc. pueden llevarse a cabo por unidades más amplias (redes de parentesco).

XII. ¿CÓMO SE ORGANIZAN LAS FAMILIAS PARA SATISFACER SUS NECESIDADES? ESTRATEGIAS FAMILIARES DE VIDA

En términos generales, las estrategias familiares de vida aluden a la forma en que las unidades domésticas se organizan para satisfacer sus necesidades. Siguiendo a Susana Torrado, se coincide en definir a las estrategia familiares de vida como aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad determinada, que estando condicionados por su posición social (ya sea por pertenecer a determinado estrato o clase social), se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares; las cuales apuntan a la reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas económicas y no económicas indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad en general y de cada miembro en particular.

²⁹ *Ibidem*, p. 28

Alicia Gutiérrez clasifica las estrategias familiares de vida en: *Estrategias de existencia* las cuales representan al conjunto de actividades desarrolladas por las familias para obtener su reproducción ampliada. Supone la combinación de varios elementos que trascienda las formas capitalistas de reproducción de la fuerza de trabajo (huertas, trueques etc.); *Estrategias adaptativas o de supervivencia*, que aluden al conjunto de procedimiento, patrones en la selección y utilización de recursos y tendencias en la elección de alternativas para satisfacer las necesidades básicas. Por último la autora define a las *estrategias de sobrevivencia*; referidas a las prácticas implementadas por grupos familiares que ocupan las posiciones más bajas del espacio social

Ante las situaciones de la vida cotidiana de la unidad familiar, incluyendo las contingencias críticas, ésta cuenta con recursos propios, sociales y materiales para enfrentarlas.

Los recursos propios de la unidad familiar hacen referencia a las reglas, formas de interacción, modalidades en el manejo de la economía hogareña, educación de los hijos, etc.

Los recursos sociales, o capital social, consisten en la red de relaciones sociales, laborales, de parentesco o de amistad, donde se establecen y circulan relaciones de intercambio, reciprocidad, mutuo apoyo y solidaridad. Estas redes se comportan como sostén o soporte social al tiempo que producen una capacidad de amortiguación ante las contingencias vitales naturales o críticas que operan como desequilibrantes de la dinámica familiar.

Por último se destaca que la utilización de las diferentes estrategias familiares de vida varía según las etapas del ciclo de vida familiar y ante situaciones de crisis coyuntural, poniéndose en juego a través de ellas los recursos propios, sociales y materiales de que dispone la unidad familiar

XIII. FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL

En la intervención profesional del Trabajador Social es importante reconocer desde qué marco teórico, ético y político se realiza la intervención profesional, lo cual incluye, entre otras, dar cuenta de la concepción de familia a la que se adscribe. El modo de mirar a la familia va a depender del lugar teórico desde donde cada profesional se posicione para interpretarla.

Eloísa de Jong propone para trabajar con familias adoptar una *visión crítica*. Dicha postura ubica a la familia como una organización de carácter universal, en tanto existe en todas las sociedades y culturas, pero a la vez adquiere en cada contexto formas particulares. Desde la visión crítica, no debe prevalecer un criterio de "normalidad"; la familia se constituye históricamente en relación a un espacio socio-cultural y en un tiempo determinado, donde los roles familiares son móviles, de acuerdo a los movimientos de la realidad.

A su vez, desde el *enfoque sistémico*, al concebir la familia como sistema social, el Trabajador Social entiende que todos sus miembros están interrelacionados de manera tal que si algo afecta a uno de ellos, a su vez afecta a todo el grupo familiar. Esto se aplica tanto para las situaciones conflictivas, como a las situaciones experimentadas en cualquier momento del ciclo evolutivo.

El Trabajador Social trabaja junto a los sujetos sociales en su cotidianeidad, apoyando, sosteniendo, acompañando y ayudando a que estos sujetos desarrollen al máximo sus potencialidades, y su capacidad de autogestión; colaborando para que las personas puedan resolver por sí mismas, en base a su propio protagonismo sus problemas y dificultades.

Es necesario tener en claro que no existe un modelo de familia, ni de madre, ni de padre, ni de hijos, sino familias, madres, padres e hijos que se relacionan de modos diversos, y esas formas de relación están estrechamente ligadas a sus historias personales de vida y de ver el mundo, que a menudo no es

igual a la propia. Partiendo de esta premisa, el Trabajador Social podrá intervenir respetando las historias de vida de cada familia, en el tiempo presente que está asociado al pasado, apuntando no solo a la satisfacción de determinada demanda, sino también a sus derechos y deseos.

Un eje de intervención relevante desde el Trabajo Social es la activación de la resiliencia en las familias que atraviesan un conflicto o un problema.

Ante situaciones límites, la cual es definida por Carlos Eroles como “ciertas circunstancias sobrevinientes que modifican abruptamente las condiciones de vida de un grupo familiar, dificultando total o parcialmente el desarrollo de su proyecto de vida”³⁰, las familias tienen la capacidad para devenir resilientes y poder enfrentar los eventos negativos y las situaciones de adversidad que las afectan.

Se entiende por resiliencia la “capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e, incluso, de salir fortalecidos de la situación”.³¹

A través de estas definiciones, se menciona a la irrupción de la discapacidad como ejemplo de tales situaciones.

Es decir, la discapacidad de un miembro de la familia, puede desajustar severamente a un grupo familiar, modificando radicalmente su dinámica.

Discapacidad y aceptación son dos caras de una misma moneda que no siempre van de la mano. El rechazo hacia la situación, puede determinar situaciones de profunda frustración humana.

Es necesario desde el trabajo profesional ayudar a afrontar la discapacidad, adjudicándole al grupo familiar un lugar activo y de protagonistas en

³⁰ Eroles, Carlos. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. 2° Edición. Ed. Espacio. Buenos Aires. 2001. p 159 – 160

³¹ Melillo, Aldo; “Realidad social, psicoanálisis y resiliencia”. En: Melillo, Aldo; Suárez Ojeda, Elbio Néstor; Rodríguez, Daniel; “Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida”. Paidós. Bs. As. 2004. P. 61.

la búsqueda de sus propios recursos, capacidades y fortalezas. De lo que se trata es de apuntalar al medio familiar para que pueda organizarse, a partir de su nueva realidad de convivencia cotidiana con la discapacidad.

En síntesis, el Trabajo Social con familias apunta a colaborar para que la misma busque alternativas de resolución de sus problemas; alentar la tolerancia de las diferencias y la aceptación de las limitaciones. Si partimos de los recursos que la familia tiene, podremos trabajar no sólo articulando recursos institucionales y comunitarios, sino también aprovechando los recursos vinculares que serán los que apunten a lograr algunas transformaciones y modificaciones en la vida cotidiana de sus miembros. En la familia cada persona individual, en su singularidad, define a las otras y la unidad familiar en su conjunto define a la persona. Las partes enriquecen al todo y el todo enriquece a las partes.

XIV. EL ENFOQUE DE LA COMPLEJIDAD

Como se indicó anteriormente, toda intervención profesional que se realiza obliga al profesional a “pararse” desde un lugar teórico, adoptando un modo de ver la realidad.

Según Teresa Matus “hay una relación mediada insustituible entre intervención y un sistema de comprensión social constituido al menos por cuatro dimensiones relacionadas”.³² Estas son:

- Los cambios existentes en el contexto;
- Las diversas perspectivas de teorías sociales;
- Los enfoques epistemológicos; y
- Los marcos ético – valóricos.

³² Matus Sepúlveda, Teresa. Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. 1° Reimpresión. Ed. Espacio Buenos Aires. 2002. Pág. 29

Desde esta perspectiva, se afirma que cada situación social es compleja y mayoritariamente segmentada. El Trabajo Social debe desarrollar una mirada abarcativa y rica sobre los problemas sociales en los que interviene.

Las transformaciones del contexto son un referente primordial para el Trabajo Social. Es a partir de la concepción que se tenga de la realidad social que se asumirán diversas posturas y formas de intervención; es decir diversos enfoques.

En el presente trabajo se toma como referencia para el análisis de la intervención el *enfoque de la complejidad*, ya que se considera que éste podría constituirse en una herramienta metodológica en la comprensión del proceso salud- enfermedad sobre el cual se interviene, ayudando a entender las dimensiones que atraviesan dicho proceso y la importancia que tiene el análisis del contexto socio cultural en las realidades de la enfermedad, la cura, el tratamiento y la rehabilitación.

“El proceso salud- enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos.”³³

XIV. I. EL PENSAMIENTO COMPLEJO

El pensamiento de la complejidad surge a partir de la segunda mitad del siglo XX, como reacción necesaria ante la interpretación determinista y reductora que caracterizó la concepción tradicional de la ciencia hasta esos momentos y

³³ Aguirre del Busto, Rosa; Macías Llanes; María Elena. Artículo: Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista de humanidades medicas. Publicación científica del centro para el desarrollo de las ciencias sociales y humanísticas de la salud. Cuba. 2002.

provino esencialmente de los descubrimientos hechos a principios del mencionado siglo, de la física cuántica y de la genética molecular (en ellos está presente con mucha fuerza el componente aleatorio).

Uno de sus representantes es Edgar Morín y tiene sus antecedentes fundamentales en la teoría informática, la cibernética y de los sistemas, a partir de las cuales se desarrollaron las teorías sobre la organización como auto-organización y que descansa en tres principios:

- Principio dialógico: Morín explica que es necesario mirar la complejidad en términos de diálogo. El “orden” y el “desorden”, pueden ser concebidos en términos dialógicos. Ambos son dos enemigos, ya que uno suprime al otro, pero al mismo tiempo, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad. El principio dialógico nos permite mantener la dualidad en el seno de la unidad. Asocia dos términos a la vez complementarios y antagónicos.
- Principio de recursividad organizacional: un proceso recursivo es aquél en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce. La sociedad, dice Morín, es producida por las interacciones entre los individuos; pero la sociedad, una vez producida, retroactúa sobre los individuos y los produce. La idea recursiva es, entonces, una idea que rompe con la idea lineal causa/ efecto, porque todo lo que es producido, re-entra sobre aquello que lo ha producido en un ciclo en sí mismo auto-constitutivo, auto-organizador y auto-productor.
- Principio hologramático: dicho principio hace referencia a que no solamente la parte se encuentra en el todo, sino que el todo se encuentra en la parte. La idea del holograma trasciende al reduccionismo que no ve más que las partes y al holismo que no ve más que el todo. Se trata de enriquecer el

conocimiento de las partes por el todo y el del todo por las partes, en un mismo movimiento productor de conocimientos.

Estos tres principios fundamentan una comprensión no lineal del conocimiento científico.

Edgar Morín, señala que: “El pensamiento complejo es un pensamiento que trata a la vez de vincular y de distinguir, pero sin desunir, que trata la incertidumbre y que señala que el dogma de un determinismo universal se ha derrumbado. El Universo es el campo de acción de una relación dialógica entre el orden, el desorden y la organización, que es competitiva, antagónica y complementaria”.³⁴

Siguiendo a Morín, es complejo aquello que no puede reducirse a una idea simple. Sin embargo la complejidad no conduce a la pérdida de la simplicidad, sino que “integra en sí misma aquello que pone orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento (...) El pensamiento complejo integra los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionales.”³⁵

Así el objetivo de la complejidad es, por una parte unir (contextualizar y globalizar) y por otra recoger el reto de la incertidumbre. Todo su pensamiento gira en torno a la percepción de una ciencia que sea capaz de pensarse a sí misma y para ello propone un paradigma de la complejidad.

Dentro de sus tesis principales están las ideas que revelan cómo la ciencia clásica, no sólo aportó una preocupación por la verificación, que encuentra su

³⁴ Morín E. Por un Paradigma de la complejidad y Más allá de la complicación: la complejidad. En Ciencia con consciencia. Barcelona, España: Ed. del Hombre. Enrique Granados; 1984. P. 22

³⁵ Ídem

realización en la experimentación, sino un método de pensamiento fundado en la disyunción y reducción al que llamó simplificación. La disyunción permitió el conocimiento simple y mensurable. “El pensamiento simplificante es incapaz de concebir la conjunción de lo uno y lo múltiple. O unifica abstractamente anulando la diversidad o, por el contrario, yuxtapone la diversidad sin concebir la unidad”³⁶

Morín sostiene que siguiendo el paradigma de la simplicidad, es que se llega a “la inteligencia ciega”, la cual destruye los conjuntos y las totalidades, aislando todos sus objetos de sus ambientes. No puede concebir el lazo inseparable entre el observador y a cosa observada.

Es necesario, sustituir el paradigma de disyunción/ reducción por un paradigma de distinción/ conjunción que permita distinguir sin desarticular, asociar sin reducir. Es necesario “sensibilizarse ante las enormes carencias de nuestro pensamiento, y comprender que un pensamiento mutilante conduce, necesariamente a acciones rutilantes” ³⁷

Para Morín el conocimiento de lo complejo significa comprender “lo que está tejido junto” y sus rasgos principales son:

- La necesidad de asociar el objeto a su entorno reconociendo leyes de interacción que sólo tienen existencia en relación con los objetos, y éstos con sus interacciones (principio de auto – eco organización.). Aquí se enfatiza el papel jugado por el contexto, lo que explica, por qué el conocimiento de un mismo proceso, se manifiesta de manera diferente si se tiene en consideración el medio socio-cultural, éste puede ser incluso determinante.
- La necesidad de unir el objeto a su observador, y en este sentido no niega la objetividad del conocimiento, en tanto reflejo de procesos que son confirmables por observadores diferentes, y que existen por último independientemente del hombre. Sino que reconoce que las estructuras del conocimiento son construcciones sociales, que dependen de las

³⁶ *Ibíd.*, p. 30

³⁷ *Ibíd.*, p. 34

representaciones humanas, en todo un contexto sociocultural, del que el objeto no puede ser separado, introduciendo la idea de que el observador puede influir y de hecho influye en los resultados de la observación. (vínculo subjetividad – objetividad)

- Los objetos pueden ser ellos mismos sistemas, lo que significa que como un todo pueden ser más y menos que la suma de sus partes, señalando cómo surge una problemática compleja de la organización, a partir de la cibernética y de la teoría de los sistemas, que aún sólo está esbozada y que es totalmente invisible desde la óptica reductora del objeto y su comprensión como unidad elemental.
- Lo que Morín llama la confrontación con la contradicción, proponiéndonos la intención de acercarnos a una lógica que sea probabilística, flexible, dialéctica, y generativa; invitándonos a reconocer lo inesperado, relativo, ambiguo e incluso errático, para de algún modo perder la noción de racionalidad absoluta, defendida por la ciencia tradicional.

Reconoce que el pensamiento de la complejidad no elimina la certidumbre para reemplazarla por la incertidumbre, la separación para incluir la inseparabilidad, la lógica para permitirse todas las transgresiones. Por el contrario consiste en efectuar un ir y venir incesantes entre certidumbres e incertidumbres entre lo elemental y lo general, entre lo separable y lo inseparable, que sin abandonar los principios de la ciencia clásica: orden, separabilidad y lógica los integra a un esquema que sea cada vez más rico.

Desde nuestra profesión es imprescindible tener en cuenta, a la hora de intervenir, el paradigma de la complejidad, ya que, las desigualdades en salud existen en forma creciente y dependen de las desigualdades sociales entre otras, “Hay algo intrínseco en éstas que afecta a la salud: las desigualdades en salud son sobretodo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas, producidas fundamentalmente por los diferentes niveles de riqueza de la sociedad, y otros factores no menos importantes como la educación, el desempleo, la precariedad

en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los diversos aspectos de la cohesión comunitaria.”³⁸

El paradigma de la complejidad exige que dominios como el físico, el biológico y el social (Morín le llama antroposociológico) se comuniquen entre sí, en una dialéctica en donde es preciso enraizar la esfera antropológica en la esfera biológica, y en, en la physis (pero sin reducción). Es preciso enraizar el conocimiento físico e igualmente el biológico, en una cultura, en una sociedad, en una historia.

XV. ENFOQUES EN LA ACTUACION PROFESIONAL: DIVERSIDADES.

Olga Vélez Restrepo, sostiene que los modelos de actuación profesional en términos generales hacen referencia al “conjunto de principios que rigen la acción y que están referidos a un campo particular de problemáticas o situaciones”³⁹. Los mismos, además de orientar la acción permiten explicitar los motivos que guían su utilización, los fines que persiguen y la funcionalidad práctica de las técnicas que emplean.

El desarrollo histórico de la profesión ha estado acompañado de la configuración de una amplia gama de modelos de actuación que se han ido depurando a lo largo del ejercicio profesional, en correspondencia con una gran variedad de circunstancias tanto contextuales como funcionales.

La autora arriba mencionada sostiene que “la aplicación o implementación de determinado modelo no es casual o arbitraria; ella obedece a una serie de condicionantes, entre los cuales se destaca: el tipo de situación a la que se dirige la acción, los referentes conceptuales utilizados para nombrar los problemas y

³⁸ Aguirre del Busto, Rosa; “Una vez más sobre el proceso.... Op. Cit. P. 45

³⁹ Vélez Restrepo; Olga; “Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas”; Espacio; Buenos Aires; 2003. P. 74

determinar los objetivos de la misma (...), los marcos o contextos institucionales y sociales en los cuales se circunscribe la acción, la visión profesional, los valores éticos subyacentes en la misma, la concepción sobre el problema, la realidad social a enfrentar y la relación profesional a establecer⁴⁰

Con fines de análisis, y teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, se presentarán a continuación la síntesis de algunos modelos de intervención profesional.

XV. I. MODELO CRÍTICO

El enfoque crítico en trabajo Social se ubica en la posición generada a partir del Movimiento de Reconceptualización, generado en América Latina entre la década del 60 y la década del 80. Este movimiento se presenta como un proceso complejo y contradictorio de cambios al interior del Trabajo Social.

Propone el cambio social y propugna por la participación comunitaria y colectiva, colocando como aspecto central la transformación social y la lucha contra la opresión. Está basado en enfoques marxistas y estructuralistas de la acción social, planteando como propósitos fundamentales a alcanzar en la actuación profesional: potenciación, defensa y concienciación.

Surgen como crítica al Trabajo Social tradicional y al conjunto de las teorías funcionalista y psicologistas mediante las cuales la profesión explica y actúa en lo social. Abogan por la descentralización y desinstitucionalización de la práctica profesional, la democratización y el fortalecimiento del trabajo en equipo.

Las propuestas de acción que conforman retoman las directrices y procedimientos utilizados por métodos como la Investigación Temática y la Investigación Acción Participativa, las que son propuestas metodológicas provenientes de la Educación Popular y de la Sociología.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 47

XV. II. MODELOS CONTEMPORÁNEOS EN TRABAJO SOCIAL

Olga Vélez Restrepo denomina como enfoques contemporáneos al “conjunto de propuestas de acción social (unas más consolidadas que otras) que se instalan en el debate y en la acción de la profesión, como alternativas contemporáneas de actuación”⁴¹

En general, todas comparten la preocupación por las interacciones de las personas con su entorno social desde una perspectiva integral, holística y global e insinúan el posible camino a recorrer en lo que sería la reconfiguración metodológica de la profesión, en este nuevo siglo. En general, están inspirados en la Teoría General de Sistemas y en un conjunto de teorías sociológicas y escuelas de pensamiento como el Interaccionismo Simbólico, la Fenomenología, el Construccinismo, la Hermenéutica, la Teoría de la Complejidad y la Cibernética de Segundo Orden.

Estos enfoques se abren paso actualmente y permiten direccionar la actuación profesional colocando especial atención en la centralidad de la subjetividad como constitutiva de lo social, en los procesos de comunicación que mediatizados por el lenguaje configuran la acción social, en la interacción y percepción como componentes sustanciales de las relaciones sociales, en la reflexividad, en el mundo de la vida y en la cotidianidad, entre otros aspectos relevantes.

Aparecen como modelos dinámicos, abiertos, flexibles, y como tales están en proceso de permanente construcción y deconstrucción. Su aplicación está atravesada por la dimensión individual y colectiva, estableciendo un sano equilibrio

⁴¹ *Ibíd*em, p. 78

entre ambas. Se destacan dentro de esta amplia gama, los modelos de Sistemas y los Comunicacionales. Ambos entrañan un estilo de trabajo profesional, teórica y técnicamente diferente, al utilizado tradicionalmente. Son modelos funcionales, interactivos que centran su atención en los efectos múltiples (y multiplicadores) que una acción genera sobre otra, dan cuenta de las conductas individuales y de los fenómenos sociales evitando explicaciones lineales y deterministas de causa efecto.

Aunque los Modelos Comunicacionales no están completamente estructurados desde el punto de vista profesional, las tendencias contemporáneas abogan por la consolidación de estos como fundamento de la acción social.

Ofrecen elementos importantes para desentrañar y comprender la complejidad de la conducta humana expresada en la interacción. Centran la atención profesional en aspectos, muchas veces desapercibidos, como el entorno, la subjetividad, las emociones, las vivencias y las experiencias; le asignan especial sentido a lo relacional, llenando de contenido el campo de la cotidianidad donde esta se desarrolla. Enfatizan en el lenguaje como acción, y sitúan la interacción y la subjetividad en primer plano para el abordaje de lo social. Conciben los roles de una manera distinta, a la naturalización que de ellos hacen, los modelos tradicionales.

Por su parte los Modelos de Sistemas parten de una premisa fundamental o principio de totalidad: "El todo es más importante que la suma de las partes" enfatizando desde ésta óptica las interrelaciones que las personas establecen con su entorno físico y social.

Cada una de las partes esta relacionada con el todo y el cambio de una provoca cambios en todas las demás; el sistema funciona como un todo, luego tiene propiedades distintas a las partes, las cuales emergen del sistema mientras está funcionando y las propiedades de estas, se explican a partir de las propiedades del todo. En este contexto, cualquier cambio que tenga lugar en uno

de las partes, provoca cambios en todo el sistema como totalidad, porque son variables mutuamente dependientes.

En este sentido orienta la actuación profesional del trabajador social hacia el desarrollo de tareas vitales que contribuyan a aliviar las situaciones conflictivas originadas por la interacción social.

El abordaje de la realidad social desde el Modelo Sistémico supone según Olga Vélez Restrepo:

- La articulación dinámica y holística de cada uno de los elementos constitutivos del sistema en su conjunto, reconociendo la presencia del todo en las partes y de éstas en él.
- La superación de la dicotomía existente entre teoría y práctica.
- Asumir la realidad como un permanente proceso de construcción donde pasado, presente y futuro, se interrelacionan constituyendo la misma.
- Develar aquellos fenómenos y situaciones de la realidad social que permanecen ocultos.

En síntesis, El modelo sistémico en el Trabajo Social intenta la explicación de los hechos sociales centrándose en las interacciones e interrelaciones que existen en un contexto dado. Esto es que toda situación tiene una causa circular y la explicación de cualquier hecho es la explicación del círculo en su totalidad y no de un aspecto cualquier

XV. III. MODELOS DE CONVERGENCIA

“Albergan algunas de las propuestas de acción que la reconfiguración profesional le exigen al Trabajo Social en el siglo XXI y aunque no estén consolidados como modelos profesionales propiamente dichos, señalan trazos y

rumbos a seguir en la actuación profesional”.⁴² El Construccinismo, la Cibernética de Segundo Orden y teorías como las del Caos y la Complejidad los nutren y orientan. Los enfoques de convergencia abogan por la diversidad y el respeto a las diferencias. La concertación, el diálogo y el trabajo conjunto constituyen los ejes estructurantes de sus propuestas de acción y los supuestos que la respaldan son: el conocimiento holístico e integrador de las disciplinas y procesos socio – culturales, el colaboracionismo, el trabajo en red, el derecho a la información y el establecimiento de mecanismos universales para compartirla.

Son propuestas de acción plurales, polifuncionales y humanistas que se rigen por la responsabilidad ética, la eficiencia y la calidad en la gestión y el servicio. La concertación, conciliación y armonización de intereses, acciones y decisiones presentes en los enfoques de convergencia dotan a la gestión social de un sentido humanista acorde con la necesidad histórica de construir sociedades justas donde se logre establecer un sano equilibrio entre la competitividad corporativa y el mejoramiento de la calidad de vida

Es importante destacar como sostiene Carballada que el Trabajo Social, en tanto su relación con lo cotidiano, tiene la posibilidad de instalar nuevas perspectivas y lecturas de lo social a través de sus intervenciones, rompiendo la dicotomía individuo-sociedad.

“La intervención se construye a partir de la demanda, pero está atravesada por el lugar que la profesión tiene en el imaginario social. Esta construcción es histórica y social. Pero es la percepción de la oferta, la que construye la demanda. Es decir, la construcción simbólica, imaginaria, o la representación social del Trabajo Social, está fuertemente constituida por lo que hace, por lo que ofrece a la sociedad.”⁴³

⁴² *Ibidem.* 84

⁴³ Carballada, A; “El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al desorden de la sociedad”; Espacio; Buenos Aires; 2006. P. 146

En síntesis, la intervención implica un proceso de elucidación, que según Castoriadis es “el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan”.⁴⁴ Estas cuestiones marcan un horizonte signado por lo reflexivo, entendiendo a la autonomía como reflexión crítica, en este caso hacia dentro de la profesión.

XVI. MÉTODO Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL

El método como concreción de la metodología es una forma particular de actuación profesional que no puede reducirse solamente a la sucesión lineal de acciones que operen como “recetas” o esquemas, invisibilizando la riqueza que las expresiones particulares de la realidad revisten.

Las acciones correspondientes a cada uno de los momentos presentes en los diferentes métodos de actuación profesional conforman unidades y especificidades particulares, de tal manera que ninguna de ellas está mecánicamente precedida por la otra. “La autonomía de cada componente del método es algo importante de reconocer y mantener, sin que por ello el método se desfigure”⁴⁵

Margarita Rozas Pagaza define al proceso metodológico como “la secuencia de tres momentos: *inserción, diagnóstico y planificación*, que generalmente se dan en la intervención profesional.”⁴⁶ Esos momentos se pueden recrear en el nivel grupal, individual o comunitario.

⁴⁴ *Ibidem*, P. 147

⁴⁵ Vélez Restrepo; Reconfigurando el.... Op.cit. P. 61

⁴⁶ Rozas Pagaza, Margarita; Una perspectiva teórico – metodológica de la intervención profesional; Ed. Espacio; Buenos Aires; 1998; Pág. 75

La autora sostiene que, para poder comprender este proceso es indispensable conocer la relación existente entre sujeto-necesidades, la cual permite tener una mirada estratégica a la hora de intervenir en una situación y establece un campo problemático para su comprensión y abordaje profesional tomando en cuenta las instituciones.

Expresa que el sujeto se presenta ante nosotros con su problemática particular, demandas y carencias, que son la expresión de un conjunto de necesidades a las que es indispensable develar para garantizar la validez social del ejercicio profesional.

También hace síntesis en las dos premisas básicas de trabajo social que están referidas a la reproducción social de los actores en su vida diaria, la cual se da como resultado de la reproducción del orden social y como realidad precaria, es decir, una realidad que no puede ser vista de manera lineal y estática debido a que no existe una realidad igual a otra y las situaciones nunca se presentan iguales. En el mismo sentido se encuentran los actores sociales y como se relacionan con sus necesidades en la sociedad.

En otro orden de ideas, “el inicio metodológico en la intervención profesional comienza por un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional se desenvolverá. Ello significa, iniciar un proceso en el que se interrelacionan los actores en función de su relación con sus necesidades”.⁴⁷

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 80

➤ La inserción:

El significado metodológico de este momento consiste en establecer un primer acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades. En este contexto, el Trabajador Social debe analizar la relación sujeto-necesidad como expresión compleja de la cuestión social.

Es la instancia de búsqueda del SOBRE QUÉ de la intervención. Significa preguntarse por las necesidades de esos sujetos como elemento fundamental en la construcción del campo problemático; lo cual permita establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha situación.

El proceso de ubicación significa situarse frente y en interrelación con los actores de la intervención profesional que son: los sujetos con sus demandas, la institución con sus propias demandas y su racionalidad respecto a la relación de los sujetos con sus necesidades y, finalmente, el Trabajador Social con su conocimiento específico para analizar esa relación sujeto – necesidad como expresión complejizada de la cuestión social.

El proceso de inserción se va profundizando en la medida que transcurre la intervención profesional y en la medida en que dicha intervención posibilita un manejo de información importante sobre el contexto específico de la acción. Este contexto es la expresión de la cuestión social.

En un primer momento de la inserción se desarrollan acciones aisladas, encuentros informales, diálogos fragmentados con los actores de la intervención. Estos datos sueltos van configurando el contexto de la acción profesional y el diseño de una estrategia.

Es necesario que el profesional en este momento adopte una actitud investigadora, la cual le permita interrogarse sobre el sujeto y sus necesidades, diseñar estrategias y poder visualizar los obstáculos y confrontaciones que se presenten.

➤ El diagnóstico:

El proceso de conocimiento adquirido durante la inserción, nos posibilita tener elementos empíricos que necesitan ser analizados en la perspectiva de visualizar mejor el campo problemático, sobre el cual se precisaran los objetivos de la intervención profesional. Este es el sentido que se le da al diagnóstico en el proceso de intervención.

Desde esta perspectiva teórico – metodológica, el diagnóstico es un momento de síntesis del conocimiento que se inicia en la inserción y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención.

Es una instancia en la que se explicitan los nexos de la “cuestión social” relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y que, a su vez, permite tener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

El diagnóstico es la re-elaboración de ese conocimiento acumulado con la ayuda de las categorías de análisis sobre la problemática generada en la relación sujeto-necesidad.

Nos permite ordenar la información obtenida, relacionándola con otras informaciones y reflexionar desde las categorías de análisis referidas a la problemática central.

➤ La planificación:

En los 60, la planificación tomó un significado particular para el Trabajo Social, considerándose como el método más adecuado para resolver los problemas estructurales que la intervención individualizada y asistencial no había logrado.

Para entonces el Trabajo Social junto con el desarrollo de la comunidad, consideraba a la planificación como método fundamental en el proceso de intervención profesional.

La profesión asumió que solo es posible la eficiencia y la solución de los problemas desde el manejo de la planificación.

Hacia la década del '80, la planificación estratégica comienza a implementarse un enfoque estratégico en Planificación; el cual está orientado a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad; cumple funciones prácticas con la posibilidad de constituirse en instrumento útil, cuya validez social está fundamentada en la eficacia de la solución a las demandas que los actores sociales presentan

Desde la perspectiva de la autora, el significado que adquiere la planificación está sustentado en una concepción de planificación estratégica que, por sus características, le permite articularse permanentemente a la comprensión de la intervención profesional.

La autora expresa que la planificación estratégica o participativa es la más viable ya que permite una participación de los actores sociales, institución y Trabajo Social proporcionando mejores resultados en la acción a realizar.

Metodológicamente, se puede decir que la demanda de estos actores, entendidas como expresión de necesidades, constituyen el aspecto fundante del objeto de intervención profesional, en el cual *la planificación* permite ordenar las acciones de esos distintos actores en función de objetivos específicos que orientan el desarrollo del ejercicio profesional y donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones, determina la viabilidad de la misma.

Cabe, por último, señalar que la planificación se va modificando permanentemente, ya que la realidad sobre la que se sustenta no es estática, por el contrario la misma es complejizada constantemente por los actores intervinientes.

Por su parte, y como segunda propuesta metodológica, se hará referencia a la desarrollada por Olga Vélez Restrepo, quien plantea que los diferentes

enfoques y perspectivas presentes en las Ciencias Sociales, confirman la presencia de variados encuadres o miradas desde los cuales se conciben y soportan las estrategias de acción social desarrolladas por la profesión.

Según la citada autora, el término "*intervención*", tan ampliamente utilizado en el lenguaje profesional para designar la acción desarrollada en la práctica por el Trabajo Social, se torna problemático y restrictivo desde el punto de vista epistemológico y operativo, haciéndose necesario su cuestionamiento.

La connotación positivista presente en dicho término, con que se define todo lo referente a la Metodología del Trabajo Social, esta fundamentada en un imaginario ideológico que subordina la práctica profesional a visiones externalistas de manipulación, control o cosificación de las personas y de las situaciones.

Por lo expuesto, Vélez Restrepo propone el reemplazo del término "*intervención*" por el de "*actuación*", entendiendo la misma como "el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales que estructuran la especificidad del Trabajo Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hacen posible. El carácter simbólico y la finalidad, orientación o intencionalidad definen el sentido de la acción."⁴⁸

Así, toda acción está respaldada por una concepción, y la selección de las estrategias de actuación profesional está basada en las nociones, imágenes y representaciones que sobre lo social y el Trabajo Social se tiene en un determinado momento histórico.

En su concepción, el método de actuación profesional, se presenta como un proceso; esto significa, incorporar en su implementación, perspectivas dinámicas y dialogantes que permitan superar concepciones esquemáticas y secuenciales.

De esta manera, la autora plantea que podemos identificar diferentes fases o momentos en los métodos de actuación profesional; ellos son:

⁴⁸ Vélez Restrepo Olga; Reconfigurando el... Op.cit. P. 54.

- El estudio: se apoya en el razonamiento analítico para obtener un encuadre general de la situación y desarrolla operaciones de carácter investigativo;
- El diagnóstico: da cuenta del conjunto de conceptualizaciones y tareas cognitivas de aprehensión de la realidad que, mediante razonamientos de tipo reflexivo, permiten describir y caracterizar la situación específica a abordar.
- La planificación de la acción: debido a que se aborda un problema específico que requiere respuestas profesionales, su finalidad es inminentemente práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional; aquí se determina el rumbo de las acciones a desarrollar y se utiliza un razonamiento de tipo analítico.
- La ejecución: es la puesta en marcha u operacionalización de la acción de acuerdo a los fines, objetivos y metas; las acciones profesionales, propias de este momento, se encaminan hacia el desarrollo de las alternativas o acciones mejoradoras según el tipo de actuación profesional que se haya privilegiado (de prevención, atención, educación, promoción).
- La evaluación: es una etapa eminentemente reflexiva que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos. Involucra el control de la acción planificada, de tal manera que el curso de dicha acción no se desvíe de su propósito central. Más que como una etapa, la evaluación debe asumirse como un proceso progresivo de revisión y análisis que permita identificar posibles errores o limitaciones o introducir las modificaciones necesarias.
- La sistematización: permite reflexionar y recuperar analíticamente el proceso o experiencia, haciendo uso de la teorización.

La autora ha incorporado la sistematización al proceso metodológico, lo que generalmente no está presente en las operaciones básicas del método; destacando la importancia que la recuperación crítica del proceso puede representar para la cualificación del ejercicio profesional y para las complejas realidades sociales que el método tiene que enfrentar.

TIPOLOGÍAS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL

Olga Vélez Restrepo presenta cuatro tipologías de actuación profesional:

- La prestacional: es una actuación de carácter asistencial; esta orientada a la satisfacción de necesidades básicas, mediante la prestación de servicios sociales a personas o colectivos sociales que requieren de respuestas inmediatas para enfrentar el advenimiento de una crisis o situación especial.

- La promocional: se caracteriza por el énfasis en el desarrollo social y humano, considerando al individuo como constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar. Está orientada a potenciar las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades. El Trabajo Social Promocional se basa en la motivación, la participación activa, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social, y orienta la actuación hacia la organización y promoción de los individuos, grupos y comunidades.

La educación y la capacitación como estrategias de acción cumplen un papel importante en este tipo de actuación profesional, ya que a través de ellas se concretiza el cumplimiento de sus objetivos promocionales y organizativos.

- La preventiva: opera en el terreno de la actuación precoz o anticipada sobre las causas generadoras de determinados problemas con miras a evitar su aparición. Enfatiza en el acondicionamiento de los recursos humanos, sociales e institucionales y en la estimulación de actitudes proactivas que permiten a las personas prepararse para disminuir o contrarrestar la vulnerabilidad social frente a ciertos eventos.

Reconoce como principios rectores de la acción social la capacidad interna de autorregulación o sinergia, presente tanto en los individuos como en las colectividades.

- La educativa: la función educadora está presente como estrategia de acción en varias modalidades del ejercicio profesional. La educación en su forma más compleja re – sitúa los roles antes ejercidos por el Trabajador Social, dando cabida a un tipo de metodología donde el papel del profesional se ubica en el acompañamiento a procesos individuales y colectivos que permitan subvertir lo establecido para permitir la reproducción y generación de actitudes y valores constructores de sujetos, identidades y subjetividades.

XVII. LA SISTEMATIZACIÓN

Al decir de Oscar Jara la sistematización de experiencias “es un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos, realizando una interpretación crítica de los mismos.”⁴⁹

⁴⁹ Jara, O; Dilemas y Desafíos de la sistematización de experiencias. 2 de Junio del 2012.

A través de la sistematización de experiencias, se articula teoría y práctica, enriqueciéndose mutuamente pudiendo transferir saberes a partir de experiencias en la intervención, las cuales son reflexionadas e interpeladas.

En general, se sistematiza para comunicar, para socializar la experiencia; interesa explicar la lógica del sentido que hay detrás de las actividades que se desarrollan y que inciden en las opciones que se asumen en el curso de la práctica. Detrás de lo que se dice de una práctica, están los principios que organizan su acción; comprender esos principios que, por lo general, no se explicitan, es aproximarse a los criterios que generan la práctica.

La sistematización pretende dar cuenta de esa interacción; implica un proceso de reconstrucción de lo que los sujetos saben de su práctica; una reflexión sobre cómo conocen y como actúan en relación a la práctica que promueven.

En referencia al proceso de sistematización a efectuar, se utilizará como referencia la metodología de investigación cualitativa, la cual “busca analizar y comprender los procesos y fenómenos en forma más integral y profunda, tomando en cuenta el contexto que los rodea, así como la percepción que los involucrados tienen de su propia realidad [...] Interesa conocer como las personas sienten, piensan y actúan y por qué, como base necesaria para llegar a intervenir sobre la realidad a fin de lograr una transformación”⁵⁰

En el presente trabajo se utilizará como guía metodológica la propuesta para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social, elaborada por Antonio Sandoval Ávila.

⁵⁰ Pineda E; De Álvaro E; De Canales TF; “, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud”; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2° edición; 1994
Disponible:<http://www.grupochorlavi.org/webchorlavi/sistematizacion/oscarjara.PDF>

Si bien, siguiendo al citado autor, la sistematización de las experiencias en el análisis contextual de la práctica pre – profesional, será la que irá produciendo las guías metodológicas para la sistematización en cuestión, se toma como referencia la siguiente propuesta metodológica, la cual incluye:

Contextualización y reconstrucción de la práctica: Debido a que en las prácticas profesionales confluyen múltiples determinaciones, es necesario situar la práctica a sistematizar en el marco de su contexto histórico y geográfico social que ejerce influencia determinante sobre la misma. De allí que se hace necesario hacer un análisis del contexto en el cual se ubica la práctica que se va a sistematizar. Igualmente se deben tomar en cuenta las dimensiones específicas del espacio físico en el cual se desarrolla la práctica y el área específica de su desarrollo (salud, educación, justicia, etc.); las institucionales y las del grupo en el cual se trabaja.

Hay que identificar los elementos de la práctica, clasificarlos y ordenarlos para convertir la práctica en objeto de estudio e interpretación teórica. Se trata de lograr una visión global, lo mas amplia posible de los principales acontecimientos que han ocurrido durante la práctica: cómo se originó; en que contexto; con que fundamentos; cuáles son los objetivos; qué acciones se han llevado a cabo; con qué metodología; cuáles han sido los resultados de las acciones.

Dimensiones: Se desarrollaran aquellas dimensiones que se consideren pertinentes de acuerdo con el tipo de práctica a sistematizar. Se considera que hacer una lectura articulada del contexto como una realidad total, implica ver cómo los diferentes niveles de la realidad social cruzan la práctica que se quiere sistematizar; cómo confluyen en ella; cómo inciden en ella y cómo la determinan.

Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica: Se elabora un discurso descriptivo que de cuenta del proceso de la práctica. Se ordenan de manera lógica y cronológica, los componentes del proceso de la práctica que fueron apareciendo en el proceso de reconstrucción de

la misma, para articular la información obtenida en torno a los aspectos básicos de ella.

Interpretación crítica de la práctica reconstruida: Con base en la descripción que se hizo de la práctica, se hace un análisis y síntesis de ella a través de una interpretación crítica del proceso; identificando los factores esenciales que han intervenido en el mismo para tratar de explicar la lógica y el sentido de la práctica, permitiendo elaborar una reconceptualización de la misma a partir de su reconstrucción articulada.

Conclusiones: Las conclusiones surgen como resultado de la anterior etapa reflexiva e interpretativa y se consideran en dos niveles: con relación a las necesidades a las que se pretendía dar respuesta y con relación a los objetivos de intervención propuestos a partir de las mismas.

Prospectiva: Con base en las enseñanzas que se obtuvieron se abren perspectivas para plantear nuevas alternativas para generar una práctica más rica y eficaz; surgen sugerencias para mejorar la práctica, se crean nuevas estrategias metodológicas, etc.

Socialización: Es necesario elaborar un documento que recoja de manera clara y ordenada, la sistematización realizada con la finalidad de comunicar las enseñanzas obtenidas y compartirlas para confrontar la experiencia ganada con otras similares y facilitar el diálogo para enriquecer aún más el proceso de pensar y transformar la práctica.

Es necesario remarcar que se utilizarán diferentes técnicas para recabar la información necesaria para la realización del presente trabajo; entre ellas se destacan la observación, entrevistas semi-estructuradas, registros de las intervenciones realizadas. De la misma forma se utilizarán las fuentes de información necesarias (primarias y/o secundarias) para la elaboración del mismo.

SEGUNDA PARTE

LA INSTITUCIÓN: EL INAREPS

I. LA INSTITUCIÓN:

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur
"Dr. Juan Otimio Tesone"
(I.Na.Re.P.S.)

Tipo de Institución: Pública

Dependencia: Ministerio de la Salud de la Nación

Cobertura: Se inserta en el Sistema Nacional de Salud, cubre el Sur Argentino en Rehabilitación, y actúa como receptor de alta complejidad de todo el país y de países limítrofes.

Población beneficiaria: Niños, jóvenes y adultos con discapacidad física.

Ubicación: Ruta 88 Km 1,5 Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Teléfonos:

0223- 482- 0011/12/13 – Conmutador

0223- 465- 4444 - Turnos

Tel – Fax: 0223- 465 -1068 – Dirección

E-mail: direccion@inareps.gov.ar

I.I. RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN

Hacia el año 1950 no existía en la Argentina ninguna institución oficial dedicada integralmente a la rehabilitación física. Sólo esfuerzos aislados de algunas instituciones privadas que cumplían de forma limitada tareas de rehabilitación, todo ello condicionado a las características dominantes en ese entonces.

El 23 de Marzo de 1956 se crea en la Ciudad de Mar del Plata el Centro De Rehabilitación Para Niños Lisiados (CERENIL), producto de un gran esfuerzo de la

comunidad. El mismo surge por iniciativa de un grupo de padres con alto poder adquisitivo, cuyos hijos padecían la enfermedad poliomielitis; formando una cooperadora para la sustentación de dicho centro. Estas familias le proponen al Dr. Tesone (médico argentino especializado en ortopedia y rehabilitación) que se especializara en la temática, por lo cual él viaja a los Estados Unidos para capacitarse en Rehabilitación.

Transcurrido los años, se crea la vacuna contra la polio, erradicando la enfermedad. Por lo cual la comunidad deja de colaborar con el centro, ya que no contaba con demandas. Como consecuencia de esto, deciden otorgárselo al Ministerio de la Salud y Acción Social, con el objetivo de que este lugar sea utilizado como centro de rehabilitación.

Hacia la década del '70, la Argentina entra en un periodo de profundos cambios en la estructura social y económica del país; dándose inicio a una política de apertura económica que irá profundizándose paulatinamente. El 1º de Julio de 1976, y como resultado de serías carencias económicas, se transfiere el Sanatorio Escuela a la Nación, tomando a partir de esa fecha la denominación de "Instituto Nacional De Rehabilitación Psicofísica Del Sur" dependiente del Ministerio de la Salud y Acción Social.

Estos factores, hacen necesario la necesidad de redefinir la función y los objetivos de la institución, respondiendo a la demanda de diversas patologías discapacitantes, que requieren tratamiento de rehabilitación según el contexto socio-histórico.

I. II. OBJETIVO INSTITUCIONAL

El objetivo de la institución es lograr la rehabilitación integral del paciente con discapacidad con secuela motora.

Brinda el apoyo interdisciplinario a la familia y apunta a la educación familiar y comunitaria tendiendo a que la sociedad adquiera conciencia de su responsabilidad ante ese 6 a 10 % de la población con algún tipo de discapacidad.

Los fines institucionales son la asistencia, la docencia y la investigación.

I.III. MODALIDAD DE TRABAJO

La modalidad de intervención profesional, basa su abordaje en la estrategia de trabajo en equipo interdisciplinario que se orienta de acuerdo a los valores remanentes que posee el paciente y con la participación activa de la familia.

Las disciplinas que conforman este equipo son: Enfermería y Auxiliares de Enfermería, Terapistas Ocupacionales, Terapistas Físicos, Kinesiólogos ó Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Técnicos en Prótesis y Ortésis, especialistas en Recreación y Deportes, Maestros y Médicos.

Participan especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, que coordinan el equipo interdisciplinario, y otras especialidades médicas como: Ortopedia, Neurología, Clínica Médica, Pediatría, Urología, Ginecología, Cardiología, Neumonología, Reumatología, Oftalmología, Cirugía Plástica, Psiquiatría, Cirugía General, Radiología, además de Odontología, Bioquímica, y Farmacia, entre otras.

I.IV. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA

Es receptor por derivación de la alta complejidad, de pacientes con secuelas de Traumatismos Encéfalo-craneanos, Lesiones medulares, ACV, Parálisis Cerebral, Síndrome Post-Polio, Mielomeningocele, Enfermedades Degenerativas, Neuromusculares y Desmielinizantes, Amputaciones, Colagenopatías, Artritis Reumatoideas, Politraumatizados en sus aspectos Neurológico y Ortopédico, Secuelas Postquirúrgicas, etc.

La población destinataria padece discapacidades motoras cuyas secuelas afectan su independencia y autonomía.

I.V. FORMAS DE INGRESO

El paciente puede ingresar:

- a) Para tratamiento como internado en la institución o internado bajo el programa de internación domiciliaria: a través del Comité de Admisión y Egresos, que en forma multidisciplinaria estudia, evalúa, y admite -o deriva- cada caso.
- b) Para tratamiento ambulatorio: mediante la Orientación que se realiza después de un exhaustivo estudio efectuado por diversas especialidades, según el tipo de patología discapacitante.

I.VI. TIPOS DE ATENCIÓN

- *Prevención:* se desarrolla por Consultorios Externos de Atención Primaria en la cual se realizan consultas de Pediatría, Clínica Médica, Odontología, Ginecología, con la apoyatura del Departamento de Estadística y de Servicio Social, destinado a todo el radio de influencia de la Institución (Barrio Bosque Grande, El Gaucho, San Antonio, Las Heras, Las Dos Marías y Belgrano), integrando el programa en forma conjunta Nación - Provincia – Municipalidad.
- *Rehabilitación:* se realizan las acciones terapéuticas dentro del campo de la Medicina Física y Rehabilitación, desde el tratamiento físico y fisioterapéutico hasta la cirugía de rehabilitación; realizándose estudios diagnósticos tales como: Ecografías, Electroencefalografías, Electromiografías y terapéuticos como Electroestimulación.

- Educación:
 - El servicio de Orientación y Rehabilitación Profesional brinda, previa evaluación de Terapia Ocupacional, una orientación básica en disciplinas tales como: carpintería, ebanistería, dactilografía, bijouterie, artesanía en nudos y encuadernación, computación y música.
 - A través de un convenio con la Dirección de Ecuación Especial de la Provincia de Buenos Aires, funciona dentro de la Institución la Escuela de Educación Especial N° 501, cubriendo toda la educación primaria de pacientes alumnos con trastornos del aparato locomotor. En horario Vespertino, funciona una Escuela para Adultos, cubriendo el mismo nivel.
 - Cumpliendo acciones de Terapia de las patologías se trabaja en reuniones grupales de ayuda mutua, destinadas a pacientes ostomizados, obesas, reumáticas, etc.
- Docencia: Con el objetivo de promover instancias de capacitación, todas las áreas del INAREPS, cuentan con programas de residencias, pasantías y concurrencias.
- Investigación: Periódicamente se renuevan los Convenios Marco de Reciprocidad, en Investigación y Cooperación, con: el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara (INE); con la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la Secretaría de Calidad de Vida dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón, y con Universidad FASTA.

- Extensión Comunitaria:

- El Instituto posee dentro del predio dos canchas de fútbol las cuales cumplen con el objetivo de integración recíproca; siendo las mismas un espacio recreativo y deportivo para la Niñez.
- La Institución cumple con la disposición de la ley 22.431, incorporando como personal de planta a agentes con discapacidad.
- Se efectúa la evaluación, correspondiente a la tramitación del otorgamiento de automotores para personas con discapacidad, de acuerdo a la ley 19.279, trámite que luego finaliza en la Dirección Nacional de Rehabilitación.

I.VII. ESTRUCTURA

El I.Na.Re.P.S, cuenta con un Director y dos Directores Asistentes (uno médico y uno administrativo); a este nivel actúa una delegación de SIGEN (Sindicatura General de la Nación) como Unidad de Auditoría Interna constituido por un contador, un abogado y un médico.

Existen dieciocho (18) Comités Asesores; tres (3) Departamentos Médicos y un Coordinador de Departamentos Técnicos que coordina los Departamentos de Enfermería, Estadística, Alimentación y Servicio Social; cuatro (4) Departamentos de Administración y uno (1) de Mantenimiento y Servicios Generales.

Actualmente, la Dirección del Instituto se encuentra a cargo del Director Interino Dr. Mario Ricchiuto.

I.VIII. COMITÉS INTERDISCIPLINARIOS

Debido a la modalidad de trabajo, y en función del abordaje interdisciplinario de cada paciente, se desarrollan diferentes comités, teniendo cada uno de ellos objetivos específicos.

-Comité de Admisión y Egresos: conformado por Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación (responsables del comité), Jefe de División Fisiatría (medico que efectuó la primer evaluación), Jefe de División Kinesiología o de Unidad Terapia Física, Jefe División Enfermería, Jefe División Servicio Social y Jefe Sección Terapia Ocupacional. La misión de este comité es efectuar la evaluación global del paciente cuya internación se solicita, en base a los datos completos de la historia clínica, elaborada por médico en primera consulta. Se analizan los aspectos médico y social, teniendo primordial importancia, los objetivos trazados, las metas a lograr y fundamentalmente, a donde regresará el paciente a su egreso.

-Comité de Evaluación: con la finalidad de brindar un adecuado programa de rehabilitación, se evalúa a cada uno de los pacientes que ingresan a tratamiento, demarcando en que áreas deberá ser atendido, cual será el objetivo previsto, qué tiempo probable y con que periodicidad, hasta que se pueda inferir el pronóstico.

-Comité de Coordinación de Horarios: esta conformado por todos los servicios técnicos del equipo de rehabilitación. El propósito es lograr un rendimiento eficaz y eficiente en el tratamiento del paciente, aprovechando al máximo sus valores remanentes: coordinando días y horarios del tratamiento, las

entrevistas de evaluación y control; teniendo en cuenta las posibilidades del paciente.

-Pase de Sala de Pacientes Internados: se realiza semanalmente con el objetivo de exponer el estado actual del paciente, su evolución, realizar una evaluación sobre lo actuado, trazar nuevos objetivos o replantearlos, adecuándolos a la evolución del cuadro.

-Comité de Historias Clínicas: tiene como objetivo supervisar las historias clínicas a fin de asegurar que todos los detalles pertinentes sean registrados y que contenga la información pertinente en relación al plan de tratamiento que recibe el paciente

-Comité de Docencia e Investigación: su misión es promover la capacitación continua del recurso humano. Se ocupa de la coordinación de las Residencias Nacionales de Postgrado dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, a saber: Fisiatría, Servicio Social, Terapia Física y Terapia Ocupacional.

Coordina además las prácticas pre- profesionales de estudiantes avanzados de las Licenciaturas en Servicio Social, Terapia Física, Terapia Ocupacional y Psicología; concurrencias, rotaciones y pasantías en general.

Supervisa y aprueba, de corresponder, los proyectos de investigación o publicaciones que se presenten

Está conformado por los jefes de servicio/departamento, jefes de residentes, instructores y responsable del área de docencia.

-Comité de prótesis: tiene como objetivo evaluar la prescripción de las prótesis/ortesis que deban instrumentarse a cada paciente. Está conformado por un médico fisiatra, un kinesiólogo, un técnico protésico y un trabajador social.

II. EL SERVICIO SOCIAL

II. I. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO SOCIAL DEL I.Na.Re.Ps

El Departamento de Servicio Social, esta integrado por seis profesionales de Trabajo Social; siendo la directora del mismo la Lic. Adriana Lago.

El Servicio Social participa en los diferentes programas institucionales, estando abocadas a dicha tarea las siguientes profesionales:

Programa de Internación Domiciliaria: se encuentra a cargo de la AS Silvia González.

Programa de Orientación Intra y Extrainstitucional: estando a cargo de la Lic. Marcela Villarreal.

Juntas Interdisciplinarias de Certificación: a cargo de la AS Claudia Corti y la Lic. Beatriz Peyronnet,

Residencia de Posgrado de Servicio Social: A cargo de la Lic. Beatriz Peyronnet como Instructora de la misma.

Las Lics. M. Leticia Agüero y Marcela Villarreal se encuentran a cargo de la atención de los pacientes ambulatorios e internados, con la participación de la residencia de Servicio Social.

Asimismo cabe mencionar que el Servicio Social participa en todos los comités interdisciplinarios, clínicas de equipo y clínicas familiares (estos dos últimos son dispositivos interdisciplinarios donde se abordan situaciones que se presentan durante el proceso de rehabilitación, con presencia del equipo tratante y de la familia, respectivamente)

El Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales en la cual los objetos y objetivos de la intervención colocan al quehacer profesional dentro de las vastas problemáticas sociales, en un proceso dinámico entre los pacientes sujetos de necesidades y derechos, y los recursos (objeto de satisfacción de necesidades), no sólo orientada por el eje asistencial sino también por los de promoción, participación y socialización.

El Trabajo Social en Salud, es la unidad institucional encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de necesidad, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentran dentro del régimen de atención ambulatorio o de internación; y a sus familiares.

Coordina, prevé, y organiza los recursos humanos y materiales para cumplir con su misión y función.

Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Procura el mejoramiento de la calidad de vida de la población y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficits y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extrasectoriales que obstaculicen su integral atención.

La técnica a través de la cual establece su relación de índole profesional, personalizada e interaccional con un contenido, un método, un objetivo determinado y un encuadre preestablecido, es la Entrevista.

Su unidad de análisis es el paciente, a fin de corresponderse con el código usual de la institución, entendiéndose por tal a toda persona que a su ingreso, concurre al Servicio Social por demanda directa o derivado por otros servicios o instituciones.

El Departamento de Trabajo Social en Rehabilitación orienta su actividad a través de tres ejes fundamentales:

- Prevención
- Rehabilitación
- Equiparación de oportunidades

II.II. FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Las Normas de Organización y Funcionamiento del Servicio Social en establecimientos de rehabilitación establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación plantean como funciones específicas del Departamento de Servicio Social las siguientes:

Jefe de Departamento:

- Establecer planes anuales y directivas respecto a la ejecución de actividades de las distintas unidades del Departamento, para obtener los resultados previstos.
- Establecer normas y criterios de intervención.
- Intervenir en la planificación, programación, promoción, ejecución y evaluación de programas y proyectos del área específica y/o conjuntamente con el equipo de salud.
- Participar en los diferentes comités hospitalarios.
- Construir y articular redes con las instituciones del campo de la salud y promoción social.

- Definir los procesos de capacitación, docencia en servicio de pre y postgrado de la especialidad.
- Implementar formas de intervención profesional adecuadas a las nuevas problemáticas sociales.
- Establecer estrategias de supervisión y evaluación de programas.
- Brindar la información recogida en investigación social a las autoridades sanitarias que lo requieran.
- Garantizar reserva de información y documentación de carácter confidencial.
- Elevar mensualmente al Departamento de Estadística el informe de las prestaciones realizadas.

Profesional de Planta:

- Prever reserva de información y documentación de carácter confidencial.
- Intervenir conjuntamente con el equipo de salud en el tratamiento del paciente, con un abordaje interdisciplinario.
- Atender la demanda espontánea de servicios preventivos y controles de salud.
- Intervenir en las problemáticas socio familiares de los pacientes.
- Intervenir en situaciones que relacionadas con la atención de los pacientes involucren actividades de orden legal.
- Intervenir cuando el paciente se encuentre en situación de riesgo social.
- Promover la participación del paciente y su familia sobre los efectos sociales del diagnóstico y pronóstico, así como la programación del alta.
- Informar al paciente y la familia de las rutinas hospitalarias, seguridad social y convenios.
- Orientar al paciente y su familia en caso de necesidad de traslado a otras instituciones.

- Participar de las Juntas de Certificación de Discapacidad, previstas por la Dirección Nacional.
- Integrar el equipo de Internación Domiciliaria, de acuerdo a los lineamientos establecidos por ese programa.
- Aportar la evaluación desde el punto social a las entrevistas de orientación intra y extrainstitucionales.
- Confeccionar documentación profesional y técnica correspondiente al nivel de intervención.
- Desarrollar actividades extramuros, entrevistas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos con riesgo.
- Intervenir con enfoque epidemiológico, en acciones de promoción, prevención y educación para la salud en la comunidad.
- Participar con el área médica en la elaboración y ejecución de programas o proyectos de prevención y atención de enfermedades prevalentes o patologías recurrentes aportando el punto de vista de la problemática social.
- Participar en ateneos, comités y reuniones del equipo de salud.
- Colaborar con programas de capacitación que sean de interés de la institución.
- Implementar formas de intervención profesional adecuadas a las nuevas problemáticas sociales.
- Mantener registro de documentación actualizado.
- Mantener actualizado el listado de recursos de las áreas de salud, bienestar social y organizaciones de la comunidad.
- Participar de la articulación con el sistema de red socio institucionales para favorecer la racionalización de los recursos.
- Promover la participación comunitaria, en relación a proyectos del área.

Principales procesos

- a) Participación en todos los Comités interdisciplinarios.
- b) Registro de prestaciones, libro de guardia y/o registro de la demanda en los que se consignarán datos de filiación de los pacientes y prestaciones efectuadas.
- c) Registro de intervención en la historia clínica única, de acuerdo a la modalidad institucional.
- d) Registro y utilización de los recursos institucionales de la comunidad.
- e) Registro diario de prestaciones y confección de informe estadístico mensual.
- f) Participación en los informes y/presentaciones requeridas por el Poder Judicial.
- g) Establecimiento de estrategias que permitan el monitoreo y la toma de decisiones oportunas para el logro de las metas institucionales.
- h) Planificación, puesta en marcha y evaluación de procesos de capacitación continua.
- i) Análisis epidemiológicos de los determinantes sociales de la salud de la población asistida.
- j) Planificación, ejecución y evaluación de programas y proyectos institucionales.
- k) Planificación y evaluación de programas de distintos niveles oficiales y privados, que contemplen la temática de la rehabilitación.
- l) Actualización permanente de programas de supervisión acordes a las metas institucionales

II.III. OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO SOCIAL

El Objetivo General es: "Contribuir al logro de los objetivos institucionales participando con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y comunidad utilizando la educación como principal herramienta de trabajo, y seleccionando adecuadamente las técnicas de intervención sobre la base de procedimientos propios de la Investigación social, Planificación, y Administración en Servicio Social".

II.IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A nivel Individual:

- Evaluar las necesidades del paciente, los recursos existentes y potencialidades que dispone.
- Conocer la red primaria del paciente, su dinámica y la calidad de los vínculos establecidos.
- Orientar y apoyar al paciente y su grupo familiar durante la rehabilitación y después de ella promoviendo el desarrollo integral de la persona.
- Motivar al grupo familiar para lograr su participación activa en el plan de rehabilitación y en la incorporación de hábitos que fomenten la calidad de vida.
- Atender la problemática social que surja durante la rehabilitación del paciente, especialmente con aquellos provenientes de zonas lejanas, a fin de evitar la desvinculación de su grupo familiar y social.

A nivel Grupal:

-Integrar al paciente al medio a través de actividades mediatizadoras, sean éstas educativas. Recreativas, culturales, laborales, etc.

A nivel Comunitario:

-Establecer conexión con otras instituciones promoviendo la acción organizada para lograr una relación favorable entre la persona con discapacidad y su comunidad.

-Investigar, registrar e incorporar los recursos disponibles a nivel comunal.

-Intervenir en actividades de información y educación de la comunidad en lo que a discapacidad y rehabilitación se refiere.

-Establecer canales fluidos de comunicación con los diferentes niveles de atención a fin de coordinar las medidas que garanticen la atención de aquellas personas que por razones geográficas, sociales y/o económicas presenten dificultades para su rehabilitación.

Estos objetivos se cumplen desde dos tipos de modalidades, a través de:

➤ Demanda espontanea: El paciente concurre al Servicio Social, sin turno programado, para recibir asesoramiento, orientación, o consejería sobre diversos temas. O bien para solicitar el ingreso a los programas institucionales, detallados a continuación.

➤ Demanda programada:

Se llevan a cabo entrevistas de evaluación;

- en el inicio del proceso de rehabilitación institucional (tanto para la modalidad de pacientes internados como ambulatorios),
- previas a intervenciones quirúrgicas.
- para la atención primaria de pacientes del área programática.

- También se realizan entrevistas durante el plan de tratamiento, con el paciente como con su grupo familiar, con diversos objetivos de intervención profesional (apoyo psicosocial, asesoramiento, conserjería, etc.)

Dentro de estas dos modalidades de atención se implementan diferentes *programas de cobertura*; que responden a los objetivos institucionales, evaluando su pertinencia en función de la situación socio-económica de los pacientes y del tipo de tratamiento que realizan.

II.V. PROGRAMAS DE COBERTURA

Medicación:

Se autoriza la entrega de medicación gratuita a aquellos pacientes atendidos en la institución, que no poseen obra social y que no están en posibilidades de solventar el costo de la misma. Esto se realiza luego de una evaluación socioeconómica y en el marco del acceso a derechos sociales básicos como la medicación.

Transporte:

La institución cuenta con un servicio de traslado para aquellos pacientes que residen en la ciudad, que por su limitación física y la imposibilidad de solventar su traslado desde y hacia la institución, no pueden acceder al tratamiento.

Una vez integrados al recorrido, el transporte los retira de su domicilio y luego de finalizado su tratamiento los lleva de regreso.

Se incluyen también a los pacientes internados que tienen alta transitoria durante el fin de semana.

El objetivo es garantizar la adherencia al tratamiento y la accesibilidad durante el proceso de rehabilitación.

Alimentación:

Previa evaluación profesional, se autorizan apoyos alimentarios (desayuno, almuerzo o colación) a aquellos pacientes cuya rutina de rehabilitación cubra la franja horaria mañana – tarde, con una situación económica que le impida cubrirlo por sus propios medios.

Cuando se detectan casos de desnutrición por limitaciones económicas, se realiza una intervención urgente a modo de dar respuesta rápida al problema.

También se incorporan por excepción a aquellos pacientes que se preparan para competencias deportivas y necesitan una dieta especialmente diseñada por nutricionista del institutito.

Elementos: Prótesis y Ortésis

El instituto posee un taller de prótesis y ortésis donde se diseñan y fabrican los elementos necesarios para garantizar el plan de rehabilitación. Está dirigido a aquellos pacientes que por prescripción médica soliciten tales elementos y no cuentan con cobertura social, y cuya situación económica no posibilite su compra. Asimismo viabiliza el acceso a los mismos a las personas cuya obra social no cubra o lo haga parcialmente el costo de tales elementos.

TERCERA PARTE

**SISTEMATIZACIÓN DEL CASO SOCIAL
INDIVIDUAL- FAMILIAR ELEGIDO**

Teniendo en cuenta que las instituciones usualmente no contemplan momentos para la sistematización de las intervenciones que llevan a cabo, debido a que el ritmo con que desarrollan sus actividades es muy intenso, el presente trabajo destaca la importancia de desarrollar la sistematización de la citada experiencia, ya que permitirá relacionar los procesos inmediatos con su contexto, confrontando el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran.

En este sentido, se analizará un caso social individual – familiar. Es necesario destacar que su elección esta fundamentada en su singularidad; es decir, en el hecho de que a través del estudio de sus elementos constitutivos, permite dar cuenta de la complejidad de la intervención profesional en el proceso de la rehabilitación, relacionando a ésta con el contexto particular en el cual se desarrolla.

Se destaca por último la necesidad de desarrollar una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos con el fin de mejorar, fortalecer y enriquecer la práctica; pudiendo conceptualizarla, interpretarla, señalando críticamente sus potencialidades y limitaciones. De ahí la necesidad de desarrollar una producción de estas características.

I. CONTEXTUALIZACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA

La cátedra de supervisión se ubica en la currícula del 5° año de la carrera de Licenciatura en Servicio Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicha cátedra, ofrece la oportunidad a las y los estudiantes de optar por un campo de interés (Salud, Educación, Justicia y Acción Social) donde realizar la Práctica Institucional Supervisada, contando con una supervisión institucional in situ a cargo de un o una profesional de Trabajo Social que se desempeña laboralmente en la institución elegida y una supervisión académica referencial a cargo de una o un docente de la misma profesión.

En el marco de dicha asignatura, he desarrollado la práctica pre – profesional, insertándome en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

El citado proceso se llevó a cabo durante el período comprendido entre el 06 de Junio del 2011 y 31 de Mayo del 2012. Con una carga horaria semanal de veinte horas.

Si bien, el proceso vivido en la Institución será separado en diferentes “etapas”, esta fragmentación será a fines explicativos, siendo necesario remarcar que la realidad nunca es lineal ni estática. A medida que fui transitando cada momento (conocimiento institucional, comprensión de la dinámica de funcionamiento del Servicio Social, rotaciones por los programas, etc.) participaba paulatinamente en la atención de la demanda espontánea, en la intervención de casos, etc., con el apoyo permanente de la lectura de material bibliográfico y la supervisión constante.

Primera etapa en la inserción: LA INSTITUCIÓN

Mi actividad se enfocó durante esta etapa en la lectura de material bibliográfico, con participación en charlas brindadas por la supervisora en Sede, así como clases informativas a cargo de los diferentes jefes de los servicios (fisiatría, terapia ocupacional, terapia física, psicología etc.), en el marco de la formación de las residencias de pos grado (en las cuales fui incluida por mi supervisora). El objetivo de las mismas fue poder tener un conocimiento general de la Institución; su historia, objetivos, como así también me permitió comprender la dinámica institucional, la población objetivo y las principales patologías que se atienden en el Instituto.

Asimismo, asistí a los diferentes comités interdisciplinarios en calidad de observador no participante, accediendo a la lectura y análisis de historias clínicas, lo que favoreció la comprensión de la modalidad de trabajo del equipo interdisciplinario en el tratamiento de los pacientes.

Segunda etapa en la inserción: EL SERVICIO SOCIAL

Comienzo a intervenir como observadora-participante en Entrevistas a pacientes y familiares, llevadas a cabo por las Trabajadoras Sociales; y en diferentes Clínicas de equipo y clínicas familiares. Asimismo, mi actividad estuvo enfocada a adquirir la información necesaria para la orientación adecuada de los pacientes y sus familiares, como así también empiezo a interiorizarme de las diferentes tareas internas del Servicio Social (registros propios del Servicio, procedimientos internos, etc.)

Luego de haber adquirido los conocimientos sobre las patologías más relevantes con las que la Institución trabaja, comienzo a participar activamente en los encuentros semanales de las residentes de tercer año.

Una vez explorada la dinámica institucional, y especialmente, la modalidad de trabajo del Servicio Social, comienzo a trabajar en la atención de la demanda espontánea, siendo guiada por las profesionales del área.

Tercera etapa en el proceso de inserción: LA INTERVENCION

Luego de haber tenido la posibilidad de participar en un número significativo de entrevistas realizadas por las trabajadoras sociales y haber adquirido los conocimientos necesarios para la orientación adecuada de los pacientes y sus grupos familiares, comienzo a realizar entrevistas de evaluación a pacientes externos siendo supervisada por alguna de las trabajadoras sociales del equipo; e

inicio la atención de un número reducido de casos de pacientes internados en la Institución, en conjunto con alguna de las profesionales del Servicio Social.

Inicialmente tomaba el caso la Trabajadora Social y yo iba realizando mis aportes, de manera paulatina. En una segunda etapa el proceso fue inverso: me convertí en la referente del caso evaluado, trabajando bajo la supervisión y apoyo de la profesional.

Cuarta etapa en el proceso de inserción

Comienzo a intervenir en la atención de distintos pacientes internados, con supervisión permanente, lo cual me permitió acompañar su evolución durante todo el proceso, desde la admisión en la institución; manteniendo entrevistas con ellos y su grupo familiar y participando activamente de los comités interdisciplinarios, clínicas de equipo y familiares como parte del equipo tratante.

Es así, como voy abordando situaciones, con diferentes niveles de complejidad. Esto me permitió comprender la singularidad de cada caso particular no solo por las patologías de los pacientes, sino por las distintas realidades sociales, económicas y culturales que cada paciente y su grupo familiar sostienen.

Rotaciones realizadas a lo largo del año

A lo largo de la práctica supervisada en el I.Na.Re.P.S he realizado rotaciones por los diferentes programas institucionales en los que participa el servicio social; las cuales se llevaron a cabo en el periodo de Noviembre/ Febrero.

El objetivo de dichas rotaciones fue poder lograr una comprensión más amplia de las diferentes modalidades de atención que la institución implementa, como así también poder visualizar las diferentes intervenciones del equipo de rehabilitación, según el ámbito de actuación profesional.

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN INTRA Y EXTRAINSTITUCIONAL

Durante el mes de Noviembre, he rotado por el programa de orientación intra y extrainstitucional. El mismo tiene como objetivo facilitar el acceso a pacientes con secuela motora a I.Na.Re.P.S avanzando en la sistematización de prácticas que involucran la rehabilitación. Los objetivos específicos de dicho programa son: optimizar los canales de derivación de pacientes con secuela motora a la institución, viabilizar recursos, y organizar una red personalizada de contactos.

El programa tiene una frecuencia semanal (días miércoles); el traslado del equipo se realiza en vehículo institucional y la derivación de los pacientes a evaluar es efectuada por el equipo de salud del hospital de agudos que corresponda. A partir de la derivación se evalúa al paciente in- situ.

Durante mi rotación he concurrido a distintos establecimientos de salud como son: HIGA, HPC, HIEMI, hogar de ancianos Municipal de Gral. Pueyrredón y dos domicilios.

He intervenido como observadora participante de las evaluaciones del equipo de rehabilitación (compuesto por un médico fisiatra y una Lic. en Servicio Social), realizando las entrevistas y evaluaciones preliminares a los pacientes o familiares, utilizando los instrumentos de registro propios del equipo, orientando sobre la modalidad de atención del instituto y posteriormente recibiendo la documentación requerida para el ingreso como internado al mismo.

PROGRAMA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Durante el mes de Diciembre, he realizado la rotación por el programa de Internación Domiciliaria. Dicho programa es una modalidad de atención de la salud, mediante el cual se brinda asistencia al paciente- familia en su domicilio por

un equipo interdisciplinario formado por un médico fisiatra, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo.

Su misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físicos, social, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana. Entre sus objetivos específicos se destacan: el de organizar un equipo rehabilitador domiciliario para pacientes con secuelas motoras graves, promover auto cuidado y soporte afectivo, educar al cuidador o familiar evitando la claudicación del mismo, brindar asistencia en el domicilio del paciente y rehabilitarlo en su propio medio social evitando la institucionalización.

En dicho programa he intervenido como observadora participante dentro del equipo rehabilitador; Mi tarea en el mismo estuvo orientada a trabajar sobre:

-Colaborar en la mejora de calidad de vida del paciente; trabajando con cuidados paliativos, siendo su principal objetivo aliviar el dolor y otros síntomas asociados al tratamiento o enfermedad de base, conteniendo al paciente y su familia para proveerle una mejor calidad de vida en su entorno. Con ellos, El paciente mejora su calidad de vida, recibiendo atención profesional en su medio familiar, evitando internaciones sanatoriales prolongadas e infecciones intrahospitalarias asociadas.

-Cuidado del cuidador, ya que siendo éste el principal "sostén" del paciente, muchas veces se encuentra sobrecargado en su actividad.

-Expectativas de la familia acerca del pronóstico del paciente, trabajando sobre las distintas estrategias de organización familiar para poder brindar los cuidados necesarios al paciente.

-He realizado las entrevistas de evaluación a aquellos pacientes que han ingresado al programa durante mi rotación.

Para poder ofrecer apoyo adecuado al paciente y su familia debemos tener en cuenta que la misma es una entidad con una forma de actuar y funcionar propias. Su funcionamiento y el proceso de adaptación a la enfermedad dependerán de su estructura, las características personales de sus miembros, su historia de vida, las relaciones familiares y su situación socioeconómica. Desde esta perspectiva el trabajo social complementa la visión aportada por el resto de profesionales del equipo.

Dentro del campo de la medicina, en cuidados paliativos, la atención al paciente y su familia constituye uno de sus principios básicos y la disciplina del trabajo social se contempla como parte de un equipo básico. Podemos decir que los trabajadores sociales son parte indispensable en los equipos de referencia.

El hecho de trabajar en un equipo interdisciplinar enriquece la labor del trabajador social por el flujo de conocimientos y experiencias que van de unos miembros a otros y que ayudan a tener una visión más amplia de cada situación.

JUNTAS INTERDISCIPLINARIAS DE CERTIFICACION

Durante un mes, asistí como observadora participante de la junta evaluadora del CUD (Certificado Único de Discapacidad), la misma esta conformada por un médico fisiatra, un trabajador social, y un especialista de la disciplina necesaria para realizar el CUD (oftalmólogo, cardiólogo, psiquiatra, Kinesiólogo etc.)

En la junta el Trabajador Social, participa en la *evaluación integral* del Paciente y brinda una *orientación/asesoramiento prestacional* para el acceso a derechos de las personas con discapacidad, de acuerdo al marco legal internacional y nacional de protección a ese colectivo.

Se utiliza como documento marco para dicha evaluación multidisciplinar, la CIF (Clasificación Internacional de Funcionamiento), que agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud, por ejemplo, lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede

hacer, con sus limitaciones y sus facilitadores, haciendo foco en la funcionalidad y la “secuela” discapacitante.

TALLER “HABLEMOS DE NUESTROS DERECHOS”

A su vez durante todo el año en que realicé mi práctica pre profesional, he participado activamente de los encuentros semanales de las residentes de tercer año, enmarcados en la residencia en Servicio Social., en los cuales se trabajaban junto a la supervisora, diferentes temáticas relacionadas con la discapacidad y la rehabilitación. Entre ellas:

Paradigmas sobre la Discapacidad

Legislación que ampara a las personas con discapacidad (La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)

Familia y discapacidad (ciclo vital de la familia con un hijo discapacitado, crisis familiares ante la irrupción de una situación inesperada como lo es la discapacidad)

Entrevista en rehabilitación (objetivos en las primeras entrevistas)

Patologías neurodegenerativas (Objetivos a trabajar en patologías con pronóstico desfavorable),

Tales temáticas fueron abordadas tanto por la supervisora en sede como por la jefa de residentes, con la modalidad de clases expositivas.

En el marco de estos encuentros se ha llevado a cabo la realización del proyecto “Hablemos de nuestros derechos”. He tenido la oportunidad de participar en él desde diferentes aspectos:

- ✓ Aporté en la lectura de material bibliográfico para la realización del mismo,
- ✓ Elaboración escrita del proyecto,

- ✓ Confección de la gacetilla informativa; la cual fue entregada a cada uno de los pacientes o familiares que participaron del taller y que fue utilizada como recurso en el Servicio Social.
- ✓ Implementación del taller, colaborando en la difusión y exposición de dos de los talleres.

Dicha experiencia fue muy enriquecedora para mi formación, ya que nunca había participado de un taller de éstas características. Me resultó gratificante y significativa en lo personal y en el aprendizaje pre-profesional, teniendo que poner en juego y desarrollar habilidades de comunicación frente a un grupo como expositora, brindando estrategias grupales para coordinar el taller, constituyendo una nueva herramienta teórica sobre la temática.

II. Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica.

A continuación, se describe el proceso de intervención pre - profesional, objeto de esta sistematización, en la cual se aborda un caso social – familiar particular, tomando como punto de referencia el primer contacto con el caso hasta la finalización de la actuación en el mismo.

El día 5 de Noviembre del 2011, en el marco de mi rotación por el programa de orientación intra e interinstitucional, concurro junto al equipo, al Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata (HIGA). En dicha oportunidad, se realiza la evaluación médica in situ de la paciente E.P. la cual había sufrido un Accidente Cerebro Vascular (ACV) el día 25 de octubre.

Al no haber ningún familiar acompañando a la paciente, y no haber podido realizar la entrevista social, se deja constancia con una nota, de nuestra visita, y se pide a los familiares que concurren al Servicio Social del I.Na.Re.P.S., con el objetivo de realizar la entrevista familiar y ponerlos en conocimiento de la posibilidad de que la paciente realice tratamiento de rehabilitación en la Institución.

El día 7 de noviembre, concurren al Servicio Social los familiares de la paciente. Realizo la primera entrevista de contacto a la pareja, la madre y diez hermanos de la paciente, con el objetivo de recabar datos personales, aproximarme a la situación familiar, socioeconómica, etc.

En dicha entrevista explico a los familiares la modalidad de intervención de la Institución, y brindo contención, ya que los mismos se encontraban muy angustiados por la situación de salud de la paciente. Luego de tomar los datos de contacto, y de volver a remarcar la dinámica institucional, les informo que la semana siguiente se evaluaría el caso en el comité de admisión y egresos de la institución; a lo cual yo me pondría en contacto para informarles lo decidido allí.

Es así como la situación y los antecedentes de la paciente son elevados al Comité de Admisión y Egresos con el objetivo de evaluar si la misma se encuentra en condiciones clínicas de iniciar el tratamiento y determinar la modalidad del mismo. El citado Comité, luego de un exhaustivo estudio, considera que la paciente no está en condiciones de ser trasladada a la Institución, ya que se encontraba cursando un cuadro infeccioso. Ante esta negativa, desde el Servicio Social, se ha intervenido para que se evalúe desde la dirección de la Institución el caso de E.P. como excepción debido a su edad y a que el largo tiempo de internación en el HIGA, estaban deteriorando su estado físico. (Presentaba una escara sacra grado II, y se estaban escarando también sus talones). Desde la dirección de I.Na.Re.P.S se autoriza el ingreso de la paciente sin esperar la negativización del virus.

Es así que la paciente ingresa a la institución el día 15 de noviembre del 2011. E.P. permaneció un mes internada en aislamiento de contacto en el Instituto, es por esto que las primeras entrevistas fueron realizadas a su grupo familiar sin poder tener contacto con ella, hasta mediados del mes de Diciembre.

Durante la primera semana de internación, efectúo la evaluación social correspondiente a la pareja y la madre de E.P., con objetivo de conocer la situación social de la paciente al momento del ingreso a la institución, la que es elevada posteriormente, junto a la evaluación de los demás servicios, al comité de Evaluación.

Evaluación social

Datos personales del paciente:

Nombre: E.P.

Edad: 22 años

Estado civil: soltera (en concubinato desde hace 5 años)

Nivel de Instrucción: primaria incompleta.

Lugar de procedencia: Localidad de la provincia de Bs As

Ocupación: Ama de casa

Obra social: No posee

Aspecto socio – familiar

E. P, de 22 años de edad, es soltera; desde hace cinco años se encuentra en pareja con J.R. de 24 años; tienen tres hijos: N.R, de 4 años de edad; A.R. 2 años y S.R. de 8 meses;

Se identifica como parte de la red familiar no conviviente, a su madre, con la cual mantiene estrecha relación y es quien se encuentra a cargo de la hija más grande de la paciente desde su internación; y 10 hermanos, con los cuales, mantiene una comunicación fluida. Su hermana mayor, es la que se encuentra a cargo de los otros dos hijos de E.P.

E.P. cuenta con un tío materno residente de la ciudad de Mar del Plata, quien brindó hospedaje a la familia tras la derivación médica de la paciente a la ciudad.

Aspecto económico

La paciente se desempeña como ama de casa; no percibe ingresos económicos propios, ni cuenta con cobertura social. El sustento económico del hogar proviene del trabajo informal de su pareja, quien realiza changas; siendo sus ingresos inestables e insuficientes. Desde la internación de la paciente en el HIGA, su pareja se encuentra sin empleo.

La madre de E.P. brinda apoyo económico al grupo familiar.

Evaluación Preliminar

Paciente de 22 años de edad, con diagnóstico de ACV, la cual presenta afasia de expresión con lo cual se hace muy dificultoso el diálogo.

Se infiere red familiar amplia que brinda apoyo tanto afectivo como material a la misma y que puede dar respuesta a sus necesidades actuales en función a su situación de salud.

Su pareja, su madre y su hermana mayor (a cargo de la beba de E.P.) son las personas que se encuentran más presentes brindando apoyo afectivo y emocional; si bien sus otros hermanos también lo brindan, se observa que de los diez hermanos, la mayor es la más comprometida con el tratamiento de E.P.

El grupo familiar ha comprendido el circuito y la dinámica institucional.

Se evalúa una situación económica crítica, los ingresos son mínimos e insuficientes y no se cuenta con cobertura social.

Objetivos de intervención

- Intervenir, en forma conjunta con el equipo tratante, durante el proceso de rehabilitación, procurando el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente.
- Atender la problemática social que surja durante la rehabilitación de la paciente, proveniente de zona lejana, a fin de evitar la desvinculación de su grupo familiar y social.
- Establecer junto al cuidador diferentes estrategias de organización familiar, que eviten la claudicación del mismo y que le permitan volver a incorporarse a sus actividades laborales; sin desatender las necesidades de la paciente.
- Orientar a la paciente y su cuidador en la gestión del equipamiento indispensable para el bienestar de la paciente.

Al finalizar la semana, el caso es elevado al Comité de Evaluación. Allí, el equipo interdisciplinario, tras haber expuesto y estudiado la evaluación de cada servicio, establece los objetivos del tratamiento, los cuales comenzarán a implementarse en la habitación, con los profesionales a cargo, ya que E.P. estaba aislada de contacto. Se establece también que la paciente deberá estar acompañada durante el día por un familiar, ya que debía ser asistida en la alimentación, siendo su pareja el encargado de dicha tarea. Desde el Servicio Social se le autoriza al Sr. J.R. una ración alimentaria diaria (almuerzo), debido a la necesidad de su permanencia en la Institución, y como medida de apoyo que descomprima, aunque mínimamente, su situación económica.

Una vez establecidos dichos objetivos, se deriva el caso al Comité de Coordinación de Horarios a fin de establecer los turnos correspondientes a cada terapia.

Mis primeras entrevistas fueron realizadas a la pareja de la paciente, las cuales estuvieron orientadas a establecer un vínculo positivo con él, por un lado, poder conocer la historia de vida de E.P. sus intereses y actividades previas al ACV y por otro poder acompañar en el proceso de rehabilitación. Comienzo a trabajar con él, las expectativas respecto al pronóstico de su pareja en el marco del proceso de rehabilitación como un proceso largo, donde es necesario organizarse en diferentes aspectos para poder sostener los cuidados de la paciente.

Conforme pasan los días, la pareja de la paciente comienza a manifestar en las entrevistas, la necesidad de viajar a su lugar de residencia para ver a sus hijos. Dado que E.P. todavía necesitaba asistencia casi permanente de un familiar, le propongo que su suegra, que estaba en Mar del Plata, lo reemplace en la Institución. J.R. me informa que se presentaron dificultades vinculares con su hermano, que era quien le brindaba hospedaje en la ciudad y por esa razón la suegra había regresado a su lugar de residencia. Comienzo a indagar entonces, la

posibilidad de que algunos de los hermanos de la paciente viaje a Mar del Plata para remplazar a J.R. en su rol de cuidador. Debido a sus obligaciones laborales ninguno podía hacerlo, pero se acuerda que la madre de E.P. viajaría a la ciudad y se hospedaría en una pensión cercana a la Institución, la cual será solventada por sus hijos. (Permaneciendo en ella durante todo el tratamiento de su hija)

Comienza a visualizarse una red de apoyo real más pequeña que la inicialmente evaluada.

Una vez negativizado el virus, E.P. comienza a asistir al gimnasio y consultorios a realizar su tratamiento. Es así que tomo contacto con la paciente por primera vez el día 12 de Diciembre. En un principio se dificultó la constitución del vínculo con ella debido a la afasia de expresión que tenía como una de las secuelas del ACV; lo cual hacía muy dificultoso el diálogo, y la paciente se ponía muy nerviosa por el hecho de no poder expresarse correctamente.

Con el correr de los días las entrevistas están dirigidas a trabajar sus expectativas respecto a la Institución y al tratamiento. Conforme avanza en su tratamiento fonoaudiológico, E.P. empieza a estar más predispuesta al diálogo, y a manifestarme su preocupación por sus hijos, ya que desde hacía dos meses "no los veía y los extrañaba mucho". Es así que en las entrevistas comienza a mostrarse muy angustiada y a manifestarme sus deseos de irse a su casa para ver a sus hijos. Es necesario destacar que hasta el momento la paciente no había regresado a su casa, debido al cuadro infeccioso que había cursado y por la lejanía de su lugar de residencia (zona rural) no teniendo en la zona ningún centro asistencial de salud.

Ante esta situación, propongo al equipo tratante una clínica de equipo para evaluar la posibilidad de establecer un alta transitoria de fin de semana con el objetivo de que la paciente viaje hacia su ciudad de origen a reencontrarse con su familia y su medio social. En dicha clínica el equipo manifiesta que la paciente está en condiciones de realizar un alta de fin de semana. Propongo que la misma sea dentro de 15 días, para poder trabajar con el grupo familiar la organización del

mismo para dar respuesta a los cuidados de E.P. y organizar su traslado, ya que al no contar con obra social el mismo queda a cargo del efector de salud de su distrito, con quien se debía articular la gestión.

Tras la respuesta positiva del equipo, tomo contacto telefónicamente con la Unidad Sanitaria de su localidad de origen, para ver la posibilidad de traslado de la paciente y su pareja hasta su domicilio. Ante la negativa de la Unidad Sanitaria me comunico telefónicamente con el Hospital de cabecera explicando la situación, y puntualizando en la importancia para el tratamiento, de lograr la revinculación de la paciente con su familia. Es así que se acuerda con dicho Hospital que se trasladará a la paciente en ambulancia desde la Institución hasta el hospital de cabecera, quedando en manos de la familia, el traslado desde allí hasta su localidad de origen.

Debido a la imposibilidad de que la familia traslade por cuenta propia a la paciente, se toma contacto nuevamente con la Unidad Sanitaria, explicando lo pactado con el Hospital de cabecera. Se acuerda que la Unidad Sanitaria se responsabilizará del traslado de la Paciente y su pareja desde el Hospital hasta su localidad de origen.

Luego del acuerdo logrado con el equipo y de organizar el traslado, realizo una entrevista con E.P., su pareja y su madre, en la oficina del Servicio Social a fin de comunicar la propuesta del viaje con el objetivo de visitar a su familia y volver algunos días al hogar para reconectarse con su medio social.

Los mismos se muestran entusiasmados ante la idea, al tiempo que la paciente comenta "tener muchas ganas de dormir en su cama"; durante toda la entrevista manifiesta estar muy feliz por poder reencontrarse con sus tres hijos.

Dado que la casa de E.P. no se encuentra en condiciones habitacionales óptimas para la situación actual de la paciente, sugiero en la entrevista la posibilidad de que la paciente se traslade a la casa de su madre, la cual cuenta

con la infraestructura necesaria y no presenta ningún inconveniente de accesibilidad para E.P. Los mismos refieren estar de acuerdo.

Al regreso de E.P., al Instituto, mantengo una entrevista con la paciente y su pareja con el objetivo de evaluar el impacto del reencuentro de la paciente con su familia y conocer como se desarrolló en su casa durante el fin de semana, para evaluar la posibilidad de implementar la modalidad de altas transitorias todos los fines de semana. La misma refiere estar "muy contenta de haber podido ver a sus hijos y hermanos".

Luego de lo expuesto la paciente continuó su tratamiento, asistiendo periódicamente a todas las terapias, a través de las cuales evolucionaba favorablemente, sin presentarse ninguna dificultad que entorpeciera el curso del mismo.

Habiéndose logrado cierta estabilidad de la paciente en referencia al tratamiento, y habiendo podido realizar con éxito las gestiones necesarias para garantizar el acceso a las altas transitorias de la paciente todos los fines de semana; comienzo a realizar las gestiones necesarias para la obtención de una silla de ruedas para la paciente, ya que la que estaba utilizando era prestada y debía ser devuelta lo antes posible. Al no contar con obra social, dicha gestión es realizada ante CILSA.⁵¹

Dada la preocupación de J.R. por su necesidad de comenzar a trabajar, ya que su suegra no podía seguir prestando ayuda económica, decido realizar una interconsulta con el médico fisiatra tratante para que éste me comunique si sigue siendo necesaria la asistencia permanente de la paciente por un familiar. El mismo me confirma que el tratamiento de la paciente sería un proceso largo y que necesitaría un cuidador permanente por lo menos por dos meses más; comienzo a mantener entrevistas con J.R. para poder pensar juntos diferentes estrategias que

⁵¹ CILSA, es una organización no gubernamental de bien público fundada en el año 1966. Entre sus objetivos se encuentran mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, a través de la provisión de elementos ortopédicos que faciliten su movilidad. Fuente: www.cilsa.org

le permitan volver a trabajar sin desatender a su pareja y que le permitan poder sostener en el tiempo su rol de cuidador.

Se acuerda que el viajara tres veces por semana a trabajar a su localidad de origen y que lo reemplazara la madre de la paciente.

Ante esta situación la paciente se muestra angustiada ya que refiere "que no quiere que J.R. se vaya y la deje sola"; es por esto que mi intervencion estuvo enfocada en trabajar con ella, la importancia de que su pareja retome sus actividades laborales, asi como reforzar el vinculo de la paciente con el equipo tratante, focalizando en el espacio de Servicio Social, como un espacio de contencion para ella.

Es asi que durante los dias en que su pareja se encontraba en su localidad, la paciente se presento varias veces al Servicio Social, muy angustiada refiriendo "que necesitaba hablar con alguien porque se sentia sola", encontrando el espacio ofrecido en el Servicio Social como un espacio de contencion. Durante dichos encuentros se brinda la escucha activa y el apoyo psicosocial acorde, y se indaga sobre la relacion de la paciente con su madre, ya que ante esta situacion comenzo a interrogarme sobre la existencia de algun conflicto entre ellas. La paciente refiere no tener ningun problema con su madre, pero sostiene que al estar su pareja con ella se siente mas contenida.

Dada la necesidad economica del grupo familiar y la falta de cobertura social de la paciente, oriento a su pareja para que pueda iniciar una pensión no contributiva en su lugar de residencia.

Es de destacar que en este periodo es de suma importancia la obtencion de dicho beneficio, no solo por el ingreso economico que este representa, sino por la importancia de contar con cobertura social, dado que por la patologia de la que se trata, la misma es fundamental.

A la vez que se efectuaba dicha intervención, sigo trabajando junto a la paciente y su acompañante, realizando entrevistas semanales a fin de continuar con la evaluación constante que dicho caso requiere, teniendo en cuenta además la etapa del tratamiento.

A principios del mes de Marzo, en el marco de una entrevista no formal realizada a la paciente, la misma me comenta que nunca había realizado ningún control ginecológico, y que con su pareja no mantenían ninguna medida anticonceptiva desde su último embarazo. Es así que comienzo a trabajar con la paciente, la importancia de adoptar medidas anticonceptivas y la importancia de realizarse controles ginecológicos; ya que un nuevo embarazo podría repercutir de forma negativa en su tratamiento de rehabilitación. Asimismo, realizo interconsulta con el médico tratante para sugerir la realización de un control con ginecología, para trabajar conjuntamente.

Durante el mes de abril mi intervención estuvo enfocada en entrevistas periódicas de apoyo psicosocial, fortalecimiento del vínculo profesional, y de orientación para acceso a derechos. Asimismo solicito a la junta interdisciplinaria de certificación que evalúe la posibilidad de otorgarle a la paciente el Certificado Único de Discapacidad (CUD) con el objetivo de que la paciente pueda ejercer sus derechos.

Finalmente, a principio del mes de Mayo, y teniendo en cuenta que el proceso de mi práctica pre – profesional terminaría el último día hábil de ese mes, mi supervisora me indica que es necesario que comience a dar un cierre paulatino a mi intervención, por lo que transfiero el caso a una de las Trabajadoras Sociales.

Para ello, utilizo la historia clínica de la paciente a fin de dar cuenta de las particularidades del caso y de las intervenciones realizadas hasta el momento.

A fin de comunicar lo expuesto a la paciente y su cuidador, mantengo una entrevista con ambos, en la cual además presento a la Trabajadora Social que continuará con el trabajo, dando el cierre correspondiente a mi intervención.

A los tres días de realizado el cierre formal de mi intervención, un episodio imprevisto ocurrido en el ámbito institucional, obliga a continuar mi intervención en el caso. Al día siguiente de ocurrido el episodio, el Responsable del área de Internación convoca a una clínica de equipo con el objetivo de poner en conocimiento de lo ocurrido al resto del equipo tratante e informarle a la pareja de la paciente lo sucedido. En dicha clínica se establece que todo el equipo tratante tomaría los recaudos necesarios para que E.P. no atravesase nuevamente por la situación ocurrida. Asimismo propongo la intervención de psicología para contener a la paciente.

Al día siguiente se realiza una clínica familiar para poner en conocimiento a su pareja de lo ocurrido. Durante la clínica mi intervención estuvo dirigida a la contención del sr. J.R. quien se mostraba muy angustiado con la situación.

Al finalizar la clínica la paciente manifiesta querer irse de la institución y abandonar el tratamiento. Ante esta situación concurro a la habitación de la paciente para mantener una entrevista con ella y su pareja. En la misma los dos se muestran muy angustiados y E.P. me sigue manifestando sus deseos de irse a su casa. Luego de brindar la contención necesaria a la paciente; concurro a hablar con el médico fisiatra tratante y el Responsable del área de Internación, para plantear un alta transitoria extendida (una semana) para que la paciente pueda irse a su casa. El objetivo estuvo dirigido a que el reencuentro con sus hijos y distanciarse de la institución unos días ayude a la paciente a tranquilizarse.

Ante la respuesta positiva del equipo, cito a la paciente y su pareja al Servicio Social, para comunicarle la propuesta, siendo el alta programada para el día viernes once de Mayo y regresando al instituto el día lunes 21 de Mayo; ante la cual ambos aceptan rápidamente. La paciente manifiesta durante toda la entrevista que no volvería a la institución el día pautado.

Ante esta situación comienzo a interrogarme sobre la disyuntiva que se me presentaba, de trabajar con la paciente la importancia de regresar a la institución para continuar con el tratamiento, o respetar su deseo de quedarse en su localidad

de origen y abandonar el mismo. Ante esta dicotomía, consulto a la Trabajadora Social que supervisa mi intervención en el caso, la cual me sugiere la necesidad de que E.P. regrese por lo menos a una última consulta con el equipo tratante.

Es así, que un día antes de la fecha del alta transitoria, cito a E.P. y su pareja en el Servicio Social, con el objetivo de lograr el compromiso de ambos a volver a la Institución el día pautado para mantener por lo menos, una devolución del equipo tratante.

Ante la respuesta positiva de ambos; realizo nuevamente la gestión que garantizará el traslado de la paciente a su localidad de origen, ya que el alta sería extensiva.

Durante la semana que la paciente permaneció en su domicilio, propongo una clínica de equipo, para poder evaluar diferentes estrategias que garanticen la continuidad del tratamiento de la paciente, ya que la misma en su lugar de origen no cuenta con profesionales que puedan garantizar finalizar el proceso de su tratamiento (kinesiólogos, terapeuta ocupacionales) y que el mismo se encontraba en una etapa intermedia, donde se evidenciaban los logros de la paciente, pero todavía tenía objetivos por cumplir en la institución.

En dicha clínica se llega al acuerdo de que la paciente podrá concurrir si así lo desea por un periodo corto de tiempo como paciente ambulatoria a la institución, para que luego decida si vuelve a internarse o decide abandonar el tratamiento.

El día pautado, la paciente regresa a la Institución acompañada de su madre. El mismo día concurren a primera hora al Servicio Social, solicitando mantener una entrevista. En la misma la paciente me manifiesta estar "más tranquila, y haberle hecho muy bien estar en su casa", pero que no desea volver a internarse en la Institución. Es así que les transmito la propuesta del equipo, y enfatizo en la importancia de que abandonar el tratamiento, sería perjudicial para ella, focalizándome en los logros obtenidos.

Ante la propuesta de concurrir a tratamiento como paciente externa, se muestra muy entusiasmada, manifestándome que “ella no quiere dejar las terapias, pero no quiere dormir más en la institución”. Es así que comienzo a trabajar en la entrevista la situación habitacional de la paciente y su madre, acordándose que E.P. concurriría a la pensión donde su madre se hospedaba.

Durante el resto del mes de Mayo, E.P. concurre diariamente a las terapias como paciente ambulatoria, siendo el traslado de la misma facilitado desde el transporte Institucional. En dicho mes mantuve entrevistas frecuentes con la madre de la paciente, para continuar con la evaluación constante del caso y orientarla respecto a la obtención del pase gratuito de colectivo, el cual le ayudaría a garantizar el acceso a tratamiento de la paciente.

Fue así, que el día 30 de mayo, siendo mi anteúltimo día en la institución; concuro a despedirme de la paciente y su pareja, y a recordarle quien sería la trabajadora social que seguiría su caso. La paciente me manifiesta que había decidido volver a internarse en la Institución para poder terminar el tratamiento. Frente a esta situación, concuro a informarle al médico tratante la decisión de la paciente, el cual convoca a una clínica de equipo para el día siguiente, para informarle al resto del equipo la decisión y poder garantizarle a la paciente los cuidados necesarios para que pueda terminar el tratamiento.

El día 31 de Mayo, concuro a la clínica de equipo junto a la trabajadora social que intervendría a partir de ese momento. En la misma se decide que la paciente continuará con la asistencia psicológica para brindarle la contención necesaria durante su última etapa en el tratamiento.

III. INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA RECONSTRUIDA

El Trabajo Social, como “disciplina de las ciencias sociales que va estructurando su campo particular en relación con la intervención profesional y la producción de conocimientos en diálogo con la realidad social”⁵², actúa en realidades sociales complejas, multimedias por factores diversos que condicionan y atraviesan la vida cotidiana de las personas.

El proceso de formación profesional y la posibilidad de realizar un aprendizaje situado, como podría encuadrarse una práctica pre-profesional supervisada, implica necesariamente un análisis crítico y una reflexión epistemológica de los aprendizajes, lo que permite develar cuestiones que subyacen y que son necesarias explicitar.

Es por ello que el enfoque de la complejidad, a la luz de la intervención profesional, aporta elementos de análisis de sumo interés que permiten comprender realidades dinámicas, cambiantes e inesperadas, que se hacen visibles en el caso sistematizado.

Identificando las tensiones y contradicciones que se presentan en este abordaje singular, aparece el hecho de que el Comité de Admisión y Egresos, luego del estudio del caso, consideró que la paciente no estaba en condiciones de ser trasladada a la Institución, ya que se encontraba cursando un cuadro infeccioso. Pero desde el Servicio Social se consideraba que esto era contraproducente para ella, con lo cual se decidió aún ante la negativa, intervenir para modificar esta situación, logrando revisar una decisión acordada previamente por el equipo interdisciplinario, con un aporte disciplinar fundamental que impactó positivamente en el tratamiento temprano de la paciente.

⁵² Cazzaniga, Susana: *“Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”*. Espacio, Buenos Aires, 2007, p. 43.

En la misma línea, el momento en que su pareja debía irse a ver a sus hijos, y no había cuidador en la ciudad que lo remplazara, implicó comenzar a pensar diferentes estrategias que den respuesta a la necesidad de contar con un cuidador permanente de la paciente, debiendo sortear esta situación que se presentó, y que iba en contra de la indicación de atención familiar constante.

Así, cuando la pareja refirió la necesidad de retomar su actividad laboral en la ciudad de origen, y se acordó que él se iría tres veces por semana y lo remplazaría su suegra, la paciente se angustió mucho. Esto fue una constante durante todo el tratamiento, que en algún punto pudo constituirse como obstaculizador de su proceso de rehabilitación, siendo un elemento de análisis y reflexión de la propia práctica pre-profesional supervisada.

La vida de las personas y la vida institucional están atravesadas por irrupciones inesperadas que cambian planificaciones y escenarios imaginados. El hecho de que a los tres días de realizado el cierre formal de mi intervención con la derivación pertinente al Trabajador Social referente, un episodio imprevisto ocurrido en el ámbito institucional obligara a continuar mi intervención en el caso, es un claro ejemplo de lo dinámico de las situaciones.

Luego de este episodio, la paciente comenzó a manifestar constantemente sus deseos de retornar a su casa y de abandonar el tratamiento, lo que me llevó a interrogarme sobre la disyuntiva que se me presentaba: trabajar con la paciente la importancia de regresar a la institución para continuar con el tratamiento, o respetar su deseo de quedarse en su localidad de origen y abandonar el mismo.

Analizando facilitadores del caso sistematizado, la presencia de su madre y de su pareja fue favorecedora en el proceso de rehabilitación. Si bien se evaluó al poco tiempo de su ingreso que la red familiar era mucho más pequeña que la observada al principio (sería uno de los cambios), los referidos siempre estuvieron presentes dando respuesta a las necesidades de la paciente e incorporaron todas las sugerencias tanto médicas como las brindadas desde el Servicio Social.

El avance del tratamiento fonoaudiológico de la paciente, incidió positivamente en ella y en su entorno, mejorando su autoestima, estando más predispuesta al diálogo, lo que colaboró en el fortalecimiento de vínculos, incluido el profesional.

La implementación de las altas transitorias de manera continuada, a pesar de las dificultades iniciales, incidió positivamente en el tratamiento, ya que la paciente pudo re-vincularse con su familia, como así también pudo ir implementando lo trabajado en las terapias en su vivienda.

Resultó pertinente la propuesta del equipo de salud de continuar el tratamiento de modo ambulatorio, luego del episodio institucional que la afectó notablemente, ya que le dio a la paciente la posibilidad de “no tener que elegir” en dejar el tratamiento o quedarse internada (a lo que se negaba). Aceptar la propuesta facilitó que renovara la motivación por continuar con el plan terapéutico.

Los programas de cobertura de la Institución (el de alimentos para la pareja, lo cual le permitió poder solventar su permanencia en la institución porque económicamente no hubiese podido costearlo; y durante el periodo que la paciente concurre a tratamiento como externa. El de transporte institucional, que le brindó el traslado diariamente, dentro de la ciudad, con el mismo objetivo) funcionaron como facilitadores y como apoyos institucionales al plan de tratamiento de la paciente.

Es de destacar que un facilitador en lo personal y pre-profesional fue el acompañamiento constante de todas las profesionales del Servicio Social y las supervisiones individuales, porque me permitieron sumar otros puntos de vista y estrategias de intervención, que enriquecieron mi aprendizaje y la actuación en el caso.

A nivel de intervención pre-profesional, el principal obstaculizador en un primer momento, fue el hecho de que la paciente estuvo aislada un mes y no pude formar un vínculo de trabajo con ella hasta ese momento, con lo cual mis

intervenciones se enfocaron en el grupo familiar, pero sin poder intervenir con la paciente directamente.

Otro obstaculizador fue que luego de negativizado el virus, se dificultó la constitución del vínculo con ella debido a la afasia de expresión que tenía como una de las secuelas del ACV; lo cual hacía muy dificultoso el diálogo, y la paciente se ponía muy nerviosa por no poder expresarse correctamente.

Estas se constituyeron en barreras para mi intervención, que dificultaban la posibilidad de construir un vínculo de abordaje con la paciente, y que paulatinamente se fueron resolviendo y permitieron que se generara y se mantuviese durante mi actuación pre-profesional.

Es de destacar que la gestión de corte burocrático de la unidad sanitaria de la ciudad de origen y del hospital de cabecera, obstaculizaron el proceso de trabajo y de revinculación de la paciente con su medio social, ya que se negaban a hacerse cargo de su traslado en las altas transitorias, lo cual implicó una gestión importante para lograrlo.

Como puede observarse, las necesidades fueron cambiando conforme iba avanzando el tratamiento, ocurriendo un pasaje de necesidades más inmediatas (materiales) a necesidades más complejas (afectivas o de contención):

- a) Necesidades económicas que hacen que su pareja decida retomar sus actividades laborales.
- b) Necesidades habitacionales, al momento del alta transitoria de la paciente, que hace que deba hospedarse en el domicilio de su madre ya que su casa no reunía las condiciones de habitabilidad adecuadas para su actual estado de salud.
- c) Necesidades materiales también con respecto al equipamiento necesario (silla de ruedas andador)

d) Necesidad de contención en los momentos que su pareja se iba, identificando al Servicio Social como un espacio que podía brindárselo.

Sosteniendo que la persona no puede ser escindida en partes y que es una entidad compleja y única, el abordaje en el aspecto anticonceptivo respondió a este enfoque. En este caso, la intervención se basó en un rol educador y facilitador con respecto a cuidados anticonceptivos. También fue una necesidad que se fue modificando, porque en una primera etapa del tratamiento el foco era otro y conforme fue avanzando se pudieron ir trabajando aspectos como este.

En la línea de los cambios que se fueron produciendo, en un primer momento hubo cambios de los cuidadores. Cuando su pareja retornó a su localidad de origen, comenzó a asumir el rol de cuidador su madre, lo cual implicó todo un cambio para ella y también para el equipo (se debió “entrenar” a la madre respecto a los cuidados que necesitaba la paciente, a la dinámica institucional etc.)

Se evaluó en un primer momento una red familiar amplia, con diez hermanos una pareja y una madre, dispuestos a brindar apoyo y contención a la paciente, como así también a comprometerse en los cuidados de la misma.

Conforme pasaron los días y situaciones que necesitaban la presencia de la familia, evalué una red real más pequeña de la del principio.

Asimismo, se tuvieron que identificar, promover y poner en juego diferentes estrategias de organización familiar para dar respuesta a los cuidados de la paciente.

Fueron significativos los cambios propuestos con respecto a la modalidad de tratamiento, cuando ocurrió el episodio imprevisto que animó a la paciente a abandonar la institución. Esto trajo aparejado, que por un lado se

realicen cambios en cuanto al alta transitoria, promoviéndose un alta extensa que no es habitual. Y posteriormente durante la etapa en que la paciente concurrió a tratamiento como externa todos los días (lo cual tampoco es común porque los pacientes externos no tienen una frecuencia de tratamiento tan intensivo).

Como queda demostrado, las organizaciones de salud tienen un altísimo potencial educativo, que se fortalecen en las rutinas de trabajo diario supervisadas (pases de sala, clínicas de equipo, clínicas familiares, ateneos de caso, comités interdisciplinarios, intervenciones directas e indirectas, etc.), promoviendo una lógica de análisis reflexivo y crítico de los problemas reales y cotidianos.

El abordaje interdisciplinario de la discapacidad y la rehabilitación implica necesariamente renunciar a la idea de saberes absolutos y compartimentados, pues exigen miradas complementarias y holísticas que promuevan la autonomía, la funcionalidad y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

“Siendo los servicios de salud servicios de personas para personas, es imprescindible reconocer la significación de los aspectos de formación del Recurso Humano, no solo como factor estructural sino también como principal factor de cambio...”⁵³

Así, ningún proceso de aprendizaje puede limitarse sólo a aplicar un saber. El paradigma de la práctica reflexiva implica que seamos sujetos activos en nuestra formación, como profesionales idóneos, creativos, y que aportemos críticamente a la transformación de situaciones problemáticas complejas.

Este es el desafío.

⁵³ Rovere, Mario: *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. N° 96, OPS. 1993. p. 6.

CONCLUSIÓN

Sistematizar es un proceso de conocimiento que no sólo reconstruye y ordena la experiencia en forma integradora, sino que también la interpreta. Esto permite que los sujetos o actores de las experiencias aprendan de ellas y utilicen los conocimientos que han producido para mejorarlas y transformarlas.

La presente Sistematización de la práctica pre-profesional llevada a cabo en el I.Na.Re.P.S., me ha permitido articular la teoría con la práctica, enriqueciéndose mutuamente a través de un proceso reflexivo sobre mi actuación y los principios que la orientaron, logrando así alcanzar los objetivos planteados en el presente trabajo.

Ha contribuido a describir y analizar la intervención del trabajo social en el campo de la rehabilitación. La especificidad del trabajo social es esencial en el equipo interdisciplinario, ya que el mismo interviene aportando los saberes del campo de lo social, realizando un abordaje del contexto social del paciente promoviendo el desarrollo de sus recursos personales, los de su familia y la comunidad.

De esta manera mi intervención en la experiencia analizada pretendió dar respuesta a los objetivos institucionales y del Servicio Social, sin perder de vista que en el proceso salud- enfermedad- atención el desafío es trascender las determinaciones biológicas para considerar también los factores sociales, económicos, políticos y culturales en la determinación de la enfermedad.

Considerar a la Rehabilitación como un proceso intrincado en donde juegan un papel muy importante las relaciones humanas; donde el trabajador Social trata de acompañar en situación de crisis coyuntural por lo “inesperado”, que irrumpe en el seno familiar, con impacto en los planos emocionales, familiares, sociales, económicos; fue un principio que rigió mi práctica pre- profesional.

Respecto al Enfoque en la Actuación profesional, considero que es imprescindible concebir, desde el Trabajo Social, prácticas sustentadas conceptualmente, es por esto que en el presente trabajo se desarrollaron la síntesis de algunos modelos de intervención profesional.

Así, a lo largo de mi intervención he tomado como referencia el enfoque de la complejidad, el cual me permitió incorporar una mirada amplia, crítica y en situación, permitiéndome entender las dimensiones que atravesaron el proceso analizado y la importancia que tiene el análisis del contexto socio cultural en las realidades de la enfermedad, la cura, el tratamiento y la rehabilitación.

Considerando que la discapacidad de un miembro de la familia, puede desajustar severamente a un grupo familiar, modificando radicalmente su dinámica; es que el enfoque de la complejidad ha sido complementado con el *modelo sistémico*, ya que al concebir la familia como sistema social, el Trabajador Social entiende que todos sus miembros están interrelacionados de manera tal que si algo afecta a uno de ellos, a su vez afecta a todo el grupo familiar.

En la familia cada persona individual, en su singularidad, define a las otras y la unidad familiar en su conjunto define a la persona.

Por otro lado, en el análisis desarrollado se ha intentado demostrar que el trabajo interdisciplinario es fundamental para el abordaje del caso social individual- familiar, permitiendo generar una visión amplia de las características del mismo. En el campo de la salud y específicamente en Rehabilitación, se hace imprescindible el trabajo interdisciplinario, donde cada disciplina aporte desde su especificidad sus conocimientos, tratando de superar las comprensiones fragmentarias de la situación promoviendo intervenciones más eficaces.

Por último, se destaca que a través de la actuación pre-profesional desarrollada en el caso social individual-familiar abordado, se ha logrado cumplimentar los objetivos planteados desde el Servicio Social al comienzo del

mismo. Así, Se ha podido intervenir en forma conjunta con el equipo tratante durante todo el proceso analizado, procurando el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente. De igual manera, se ha dado respuesta a las problemáticas sociales que fueron surgiendo a lo largo del proceso de rehabilitación, orientando a la paciente y su grupo familiar desde un rol educador; estableciendo junto al cuidador diferentes estrategias de organización familiar que le permitieron volver a incorporarse a sus actividades laborales garantizando de ésta manera un mínimo ingreso económico y evitando su claudicación, sin desatender las necesidades de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander – Egg, Ezequiel. *“Métodos del Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Primera edición; 1997.
- Borgiani; montaña (Compiladores); *“Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético – político profesional”*; Buenos Aires; Espacio; 2003
- Carballada, A; *“El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al desorden de la sociedad”*; Espacio; Buenos Aires; 2006.
- Cazzaniga, S; *“Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”*. Espacio, Buenos Aires, 2007
- Cesilini, A; Guerrini, M; Novoa, P. *“La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social”*. Buenos Aires, Espacio, 2007
- Czeresnia, D; Machado de Freitas C. *“Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias”*. Buenos Aires, Lugar, 2008
- Da Souza Campos, G; *“Gestión en Salud. En defensa de la vida”*; Buenos Aires, Lugar, 2001
- De Jong, E; *“La familia en los albores del nuevo milenio”* Espacio; Buenos Aires; 2001
- De Robertis, Cristina *“Metodología de la intervención del Trabajo Social”*. Segunda edición. Ed El Ateneo S.L. 1987.
- Enríquez E; *“La institución y las organizaciones en la educación y la formación”*; Formación de formadores. Carrera de especialización de Posgrado; Facultad de Filosofía y Letras- UBA. Ediciones Novedades Educativas

- Eroles Carlos. *“Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional”*. Ed. Espacio. Segunda edición. Buenos Aires. 2001
- Estrada Ospina, V; *“Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?”*; Buenos Aires; Espacio; 2006
- Fernández L; *“En análisis de los institucional en la escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales”*; Paidós; 2002
- González García, G; Tobar, F, en: Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa médicos comunitarios. Módulo 5. Buenos Aires, 2005
- Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. Residencia en Servicio Social. El sistema de Salud y el Trabajo social en el campo de la Salud. Buenos Aires, 2010
- Jelín Elizabeth. *“Pan y Afectos. Las transformaciones de las familias”*. Fondo de Cultura Económica. Primera edición. Buenos Aires. 1998.
- Kaminsky, G; *“Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales”*; Buenos Aires; Lugar; 1994
- Kisnerman. N. *“Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el Construccinismo”*. Ed. Lumen-Hvmanitas. 1998
- Kornblit A, Méndez Diz A; *“la salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales.”*; Ed Aique; 1° Edición; Buenos Aires; 2000
- Ley 26.378: *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo*, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006.

- Matus, T; "Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica"; Bs. As; Espacio; 1999
- Morín, Edgard. *"Introducción al Pensamiento Complejo"*. Ed. Gedisa; Tercera reimpresión. Barcelona. 2000.
- Núñez, B; *"Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría"*; Lugar; Buenos Aires; 2010
- Palacios A; *"La discapacidad como una cuestión de derechos humanos Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad"*; Ediciones Cinca; Bs As 2007
- payane, M; "Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica"; Bs. As; Paidós; 1995
- Perrone N; Teixidó L; *"Estado y Salud en la Argentina"* en: Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 · Año 5- Nº 10 · Diciembre 2007
- Rovere, Mario: *"Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud"*; Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Nº 96, OPS. 1993
- Rozas Pagaza, Margarita; *"Una perspectiva teórico – metodológica de la intervención profesional"*; Ed. Espacio; Buenos Aires; 1998
- Rozas Pagaza, M; *"La intervención Profesional en relación con la cuestión social: el caso del Trabajo Social"*; Espacio; Buenos Aires; 2001
- Servicio Social del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan; *"El Trabajo Social Hospitalario. Práctica y quehacer profesional"*; Espacio; Buenos Aires; 1996.
- Tesone, Juan Otimio. *"Rehabilitación, problema médico, familiar, educativo y social"*. CERENIL. S/f)

- Testa, M; *"Pensar en Salud"*; Buenos Aires; Lugar; 2009
- Torrado, S; *"La herencia del ajuste. Cambios en la sociedad y la familia"*; Ed. Capital Intelectual. Colección claves para todos; Buenos Aires; 2004
- Torrado, S; *"Historia de la familia en la Argentina moderna"*; Ediciones de la flor; Buenos Aires; 2003
- Vélez Restrepo Olga; *"Reconfigurando el Trabajo Social, Perspectivas y Tendencias Contemporáneas"*. Ed. Espacio; 2003.

BIBLIOGRAFIA ONLINE

- Aguirre del Busto, R; Macías Llanes M; *"Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista de humanidades medicas"*. Publicación científica del centro para el desarrollo de las ciencias sociales y humanísticas de la salud. Cuba. 2002. [Consulta 14/8/2012]

Disponible en:

<http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2002/n4/body/hmc010102 .htm>

- *Comisión Nacional Asesora para la integración de las personas con discapacidad*. [Consulta 19/8/2012]

Disponible en: www.conadis.gov.ar

- Elías M; *"Derechos humanos, Trabajo Social y Derecho a la salud"*; artículo producido en el contexto del proyecto Trienal UBA Cytr IS/06 2Justicia, Educación y trabajo social Global" [Consulta 15/8/2012]

Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/elias/tsdhartfeli.htm>

- Follari, R; “*La interdisciplina revisitada*” [Consulta 25/8/2012]

Disponible en:

http://abc.gov.ar/lainstitucion/revistacomponents/revista/archivos/anales/numero03/ArchivosParaImprimir/11_follari_st.pdf

- García delgado, D; “*Cambios actuales en el mundo del trabajo y la nueva cuestión social en América Latina*”. [Consulta 25/8/2012]

Disponible en:

http://politicaspUBLICAS.flacso.org.ar/files/libros/pdf/cambios_actuales.pdf

- Guerrini María Eugenia “*La intervención con familias desde el Trabajo Social*” En: Revista Margen Edición N° 56 - diciembre 2009 [Consulta 3/9/2012]

Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Capacidades_Salud_Publica_ALC-Evaluacion_Fortalecimiento.pdf

- IX Jornadas Nacionales de Salud Mental Y Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: “*estrategias posibles en la argentina de hoy*”. Posadas Misiones. Panel de Alicia Stolkiner [Consulta 25/8/2012]

- Disponible:

<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/inter.pdf>

- Ministerio De Salud de la Nación Argentina. [Consulta 14/8/2012]

Disponible en: www.msal.gov.ar/

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina; Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica; Resolución 482/2002 “*Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales*”

Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/482_2002.pd

- OPS; “*Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y Fortalecimiento*”; 2007.

Disponible: <http://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. [Consulta 14/8/2012]

Disponible en: <http://www.who.int/es/>

- Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial “*Informe Mundial sobre la Discapacidad*”; 2001[Consulta 25/8/2012]

Disponible: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

- Palacios, A; Romañach, J; “*El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzarla plena dignidad en la diversidad funcional*” Ediciones Diversitas- AIES [Consulta 19/8/2012]

Disponible:<http://es.scribd.com/doc/59545281/5/El-modelo-de-prescendencia>

- Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programas Médicos Comunitarios. Módulo 1. “*Salud y Sociedad*” Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2006. [Consulta 14/8/2012]

Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico>

- Rozas Pagaza, M; *“La intervención profesional en relación a la cuestión social: Escenario emergentes y estrategias de intervención”*; Eje temático n° 5: Formación e intervención en trabajo social. [Consulta 25/8/2012]

Disponible:

http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/72/La_intervencion_profesional_en_relacion_a_la_cuestion_social_1_.pdf

- Servicio Nacional de Rehabilitación. [Consulta 3/6/2012]

Disponible: www.snr.gov.ar/

- Stolkiner, A; *“El concepto de salud de la OMS”*. Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 2003. [Consulta 14/8/2012]

Disponible:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/stolkiner_teorico_4.pdf.

- Tobar, F. Breve historia de la prestación de salud en la Argentina. 23 de Agosto del 2001[Consulta 15/8/2012]

Disponible en: http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

- Vázquez, A; *“La discapacidad en América Latina”* [Consulta 25/8/2012]

Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>