

2012

Como se construye la Intervención : Estudio exploratorio desde un ámbito específico y análisis de este proceso en instituciones dedicadas a la atención de personas con discapacidad en el partido de Gral. Pueyrredón

Cagliari, Yisela

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/58>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social

TESIS DE GRADO

Titulo: "Como se construye la Intervención. Estudio exploratorio desde un ámbito específico y análisis de este proceso en instituciones dedicadas a la atención de personas con Discapacidad en el partido de Gral. Pueyrredón"

Autora: Cagliari, Yisela.

Matricula: 9179/05

Directora: Lic. Elsa, Samperio.

Co-Directora: Virginia, Palomino.

Fecha: Octubre 2012

Agradecimientos

En estas líneas quiero agradecer a todas aquellas personas que me guiaron y acompañaron en este proceso de formación y aprendizaje. En especial a mi Madre, quien nunca bajo los brazos y me enseñó a luchar, y a toda mi familia que me sostuvo desde el acompañamiento, apoyo y afecto. A mi compañero, que con amor me supo acompañar y que fue mi pilar en todo este proceso. A mis compañeros de militancia que son mi fuerza, mi energía y que me enseñaron a valorar y ver la vida desde otro lugar; como así también mi profesión. A mi directora de Tesis, la Lic. Elsa Samperio y a mi Co. Directora de tesis, la Lic. Virginia Palomino, quienes me orientaron, acompañaron, me dieron horas de su tiempo y me supieron aconsejar para concluir este proceso. Por último pero no de menor importancia, quiero agradecer a todo el equipo de Servicio Social del Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur, que me dieron un lugar en su lugar de trabajo y en sus vidas y contribuyeron a mi formación desde lo académico pero sobre todo desde lo humano.

A ustedes y a mucha gente más, les debo un poco lo que soy hoy.

Mar del Plata, primavera 2012

INDICE

✓ INTRODUCCIÓN.....	3
✓ POSTURA TEORICO – METODOLOGICA.....	5
➤ Objetivos.....	6
✓ PRIMERA PARTE–INVESTIGACION TEORICA.....	7
➤ Capítulo I: Las ciencias Sociales. El Servicio Social. Construcción del Método.....	8
➤ Capítulo II: Abordaje teórico. Construcción del Servicio Social como Profesión. Antecedentes.....	14
✓ SEGUNDA PARTE.....	32
➤ Capítulo III: Salud. Construcción de la “problemática de la discapacidad. En Ámbito de Abordaje desde lo Social. Distintas Perspectivas Teóricas.....	33
✓ TERCERA PARTE.....	54
➤ Capítulo IV: Análisis de entrevistas. Reflexiones sobre experiencia supervisada de pre grado.....	55
➤ Capítulo V: Informe de experiencia supervisada 2010-2011.....	59
➤ Anexo.....	118
➤ Bibliografía.....	129

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de tesis toma como base la experiencia de la práctica institucional supervisada de pre grado, se incorpora en la parte (V) el informe final como documento referido a la misma, realizada durante el periodo (Junio 2010 a Junio 2011), dicha experiencia me posibilitó explorar y desarrollar una reflexión sobre las concepciones del Trabajo Social y las concepciones de la Discapacidad. Para tal análisis y reflexión asumo la perspectiva crítica dentro de las Ciencias Sociales, entendiendo que dichas concepciones solo pueden explicarse en su historicidad. En tal sentido los dos primeros capítulos se refieren por un lado a la evolución de las concepciones del Servicio Social en nuestro país y por otro a la evolución de las concepciones de la Discapacidad. Dichos capítulos fueron desarrollados a partir de la experiencia de la práctica pre profesional, la cual, en el terreno institucional me permitió visualizar los distintos aspectos, que se desarrollan en el corpus de la misma. A si mismo los vínculos desarrollados a partir de tal experiencia, como el contacto con distintas instituciones, me posibilitaron el desarrollo de entrevistas tanto dentro del I.Na.Re.P.S como en otros espacios vinculados a la discapacidad .De esas entrevistas realizadas se presentan dos, las cuales sintetizan estos aspectos acerca del avance de las concepciones del Servicio Social y de las concepciones de la Discapacidad. Vinculado a su vez, a la construcción de los espacios de intervención desde la profesión.

Es de esta manera que visualizo como fortaleza para el avance de la perspectiva crítica dentro de la profesión y del modelo social para el abordaje de la discapacidad, en el hecho de que se ha avanzado en el interés por la persona con discapacidad como sujeto de derechos y como constructor de su historia y con las posibilidades de un proyecto de vida digno. Como así también se visualiza la importancia de la Intervención del Servicio Social desde una mirada amplia y reflexiva, mismo la importancia del acompañamiento desde las políticas sociales y de los instrumentos legislativos. Necesarios para dar con estas cuestiones y que nos permitan andar el camino hacia la crítica y a la construcción de nuevos espacios, y a nuevas formas de disputa y construcción de poder en pos de nuestro pueblo, en este caso las personas con discapacidad que se desenvuelven en una cotidianeidad que es construida por todos estos factores, que pueden posibilitar u obstaculizar su desarrollo en tanto sujetos de derechos.

Desde el punto de vista metodológico, la propuesta del trabajo de tesis se trató de un estudio de tipo exploratorio con elementos de sistematización de una experiencia institucional supervisada. En la primera parte se describen los objetivos que guiaron el presente trabajo. Se realizaron entrevistas con un cuestionario de limitada estructuración organizado a partir de los interrogantes que fueron surgiendo a través de la experiencia de pre grado.

Finalizado el trabajo se estaría llegando a un posible un marco hipotético: ¿Es posible vincular la construcción histórica de la intervención en Trabajo Social, con las concepciones sobre la discapacidad? Considerando este vínculo ¿Qué reflexiones pueden plantearse hacia el horizonte que orienta la intervención?

POSTURA TEORICO – METODOLOGICA

Dado que desde el Servicio Social intervenimos en la vida cotidiana del ser social, el tratamiento de la misma reclama un aparato categorial y un referencial teórico que posibilite la transformación. Esto pone en debate la eficacia de herramientas que el Trabajo Social aun contiene desde sus paradigmas iniciales.

En este sentido se clarifica la postura teorico-metodologica requerida para el análisis. Ella se refiere a la postura inaugurada con la obra marxiana, cuyo método dialectico brinda elementos a la posibilidad de análisis histórico-sistemático de los procesos sociales. Se trata de una postura que considera al método como un componente de la teoría. No se forja independientemente del objeto que se investiga, sino que es una relación necesaria por la cual el sujeto que investiga puede reproducir intelectualmente el proceso del objeto investigado, para capturar el movimiento constitutivo del ser social. La reproducción intelectual de este configura la base de la teoría misma. Así el circuito investigativo, avanza desde lo empírico “los hechos”, capta sus relaciones con otros conjuntos empíricos, investiga su génesis histórica y su desarrollo interno y reconstruye en el plano del pensamiento todo este proceso. Y, al fin, por aproximaciones sucesivas, regresa a su punto de partida. Pero los hechos, en cada nuevo abordaje, se muestran productos de relaciones históricas crecientemente complejas y mediatizadas, pudiendo ser contextualizados de modos concretos.

Tal postura teorico-metodologica rompe radicalmente con la facticidad, es decir, con el hecho en sentido naturalista. Trata de captar su movimiento, su tendencialidad. Sin embargo, al captar la historicidad de los procesos simultáneamente a sus particularidades internas, preserva sus especificidades. Donde su aptitud para operar el tratamiento consecuente y adecuado de la cotidianidad, preserva su ser existente- espacio de la reproducción del individuo en cuanto tal, como ser social humano-genérico.

OBJETIVOS:

✓ GENERALES:

- 1- Explorar los cambios en el proceso de intervención en el ámbito de la Discapacidad en relación a los cambios de paradigmas. En particular desde la perspectiva de los derechos humanos.
- 2- Recuperar los debates actuales respecto de la Intervención en Servicio Social, a partir del reconocimiento de las orientaciones teórico- metodológico y político-ideológico que subyacen a la intervención profesional.

✓ ESPECIFICOS

- 1- Analizar cómo se ha dado el proceso de construcción de la intervención en el abordaje de la discapacidad, caracterizando las formas de la intervención desde Servicio Social en instituciones vinculadas a la discapacidad en ámbito del partido de general Pueyrredón.
- 2- Reconocer en el ámbito de la intervención indicadores de los avances en el desarrollo del Derecho Inclusivo, relacionado a personas con discapacidad. Se explorara las formas en que se expresa la ratificación por parte de nuestro país de la Convención Internacional de derechos de las personas con Discapacidad del 2009.

PRIMERA PARTE–INVESTIGACION TEÓRICA

**I.LAS CIENCIAS SOCIALES.EL SERVICIO SOCIAL.CONSTRUCCION DEL
METODO.**

EVOLUCION EN EL PENSAMIENTO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y DEL SERVICIO SOCIAL

Históricamente las ciencias sociales han sentido la necesidad de auto explicarse, es decir, de dar cuenta de su validez científica; han tenido la necesidad de ser al mismo tiempo comprobables, de plasmar en lo empírico, en lo factico; aquello que discursivamente se decía. Esto en un contexto de debates heredados, escenario en el cual, las ciencias naturales, “las ciencias duras”, y de estas” la verdadera forma de hacer ciencia” tenían el papel principal.

De este modo comienza a darse un fenómeno casi natural de extrapolación, en donde las ciencias sociales, antes llamadas humanas comenzaron a hacer propios conceptos de este campo para analizar el mundo, las sociedades, las relaciones sociales, el individuo y sus manifestaciones.

Es en este sentido que se puede decir, que no fue el Servicio Social o Trabajo Social, tal como lo conocemos ahora una excepción a estos debates que poco a poco se fueron conformando en cosmovisiones, en prácticas y rutinas de algunas disciplinas sociales.

En los primeros tiempos de la modernidad, el objetivo era producir un tipo de conocimiento y de saber que otorgara al hombre certidumbre y, por tanto, posibilidad de predicción y de control sobre lo que iba a ocurrir, sobre los cambios que iban a suceder o sobre los cambios que iba a provocar. La producción de esa búsqueda de certidumbre confirió a aquellos que la producían el poder y el estatus de aquellos que se encuentran en posesión de la verdad y se los denominó expertos. Tal concepción naturalista permeó los inicios de las ciencias sociales en el siglo XIX y se expandió al Servicio Social nacido en la segunda mitad de ese siglo. Su construcción teórica-metodológica se va a orientar en esa búsqueda de la capacidad de predicción y de control de sus acciones. Desde dicha búsqueda de predicción y control se han desarrollado, a través del tiempo, los diferentes modelos de intervención en Trabajo Social, que desde un conocimiento apoyado en el criterio de autoridad que esta postura naturalista aporta, brindaría seguridad a los trabajadores sociales en el desempeño de su función. Seguridad basada en que el modelo “garantiza” una forma de proceder correcta y fundamentada en supuestos teóricos contrastados que les sirven para orientar la acción y conseguir resultados lo más óptimos posible.

El gran desarrollo de las diversas ciencias humanas y sociales acontecido, sobre todo a partir de mediados del siglo pasado, fue generando la necesidad de dar un paso teórico y metodológico distinto en el Trabajo Social. En el ámbito de las ciencias sociales tomaron fuerza progresivamente corrientes teóricas como el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, el funcionalismo, el estructuralismo, la teoría de los sistemas, el existencialismo o el humanismo. Corrientes nacidas con la voluntad de explicar los cada vez más complejos fenómenos humanos y sociales y que deslumbraron al Trabajo Social por dicha capacidad. Los profesionales del Trabajo Social, sobre todo de países anglosajones, buscaron en dichas teorías sociales el aporte teórico de referencia que les garantizara cómo había que entender los problemas y conflictos sociales, que les garantizara qué leyes y qué procesos estaban detrás, qué circunstancias los condicionaban, para poder posteriormente explicarlos, pronosticarlos, prevenirlos y en su caso solucionarlos. Estas teorías no sólo aportaban conocimiento teórico, sino que además orientaban sobre lo que había que hacer (aspecto normativo) y, lo que es más importante, sobre cómo había que hacerlo (componente metodológico).¹ Es así que comienzan a surgir una variedad de enfoques metodológicos, de formas diferentes de hacer el Trabajo Social.

De esta manera y en este contexto aparecen y surgen los modelos en Trabajo Social. Término y concepto este que ya era utilizado ampliamente en otras disciplinas científicas y que, en el ámbito del Trabajo Social, no había sido utilizado en su jerga profesional y académica.

Suponiendo de esta manera, que la existencia o adherencia a un “modelo respecto de un paradigma teórico es el que conlleva un elemento práctico, una praxis profesional, una aplicación, que se concreta en unos objetivos teóricos y de acción y en los procedimientos y métodos empleados para conseguir dichos objetivos”.

Es así que el Trabajo Social fue y es atravesado por instancias políticas, sociales y económicas. El contexto donde desarrollaron sus actividades fue esencialmente europeo, que ha sido escenario de múltiples acontecimientos y hechos indiscutibles que por su significación ha influenciados a la humanidad y a los procesos sociales. Hablamos de la

¹Modelos de intervención en Trabajo Social. Juan Jesús Viscarret-Garro.cap 8.

Revolución Francesa (1789), la Revolución Industrial (Inglaterra) del siglo XIX y la 1ª (1914-1917) y la 2ª (1939-1945) Guerra Mundial, hechos que marcaron y sellaron cambios en la vida de los hombres impactando en la vida social, política y económica, como así también en el origen y desarrollo de las profesiones, a lo que el Servicio Social no escapa.

Es así que las orientaciones de la Asistencia Social como actividad fueron en líneas generales, tres:

1-PARAMEDICA: Desde un rol subsidiario hacia los médicos, con manejo de conceptos básicos de medicina menor, actuando desde el control y la vigilancia de la higiene y el tratamiento de los individuos. Su título era de Visitadoras Sociales y de Higiene.

2-PARAJURIDICA: Colaborando con el aparato jurídico en la elaboración de informes y desde la intermediación y el seguimiento de casos, actuando como los “ojos del juez”. También desde el control y la vigilancia.

3-BENEFICO-ASISTENCIAL: Su función aquí consistía en la asignación y distribución de recursos, desde instituciones de asistencia pública, de caridad, beneficencia, a través de planes alimentarios, de campañas de salubridad.

Es en este proceso que el Servicio Social en Argentina comienza la búsqueda de métodos y procedimientos técnicos, la investigación social y se incorpora en la administración de agencias de bienestar social.

LA CUESTION DEL METODO

Como se dijo anteriormente, el Servicio Social en tanto disciplina Social, históricamente ha visto la necesidad de adherir a un método, y de alcanzar una metodología, una forma de hacer que le sea propia al Servicio Social.

En esta dirección Netto (1997) ha subrayado la herencia sincrética del origen y desarrollo del Trabajo Social y su vinculación con las ciencias sociales, lo cual le imprimió un carácter confuso a la búsqueda de la legitimidad social, ya que esta se busco en los rasgos distintivos de “una ciencia”: la existencia de una teoría, un objeto y un método propio.

En este marco me parece importante tomar la idea de Marx, quien va a plantear que el método no es un conjunto de reglas formales que se “aplican” a un objeto que fue recortado para una investigación determinada, ni menos aun un conjunto de reglas que el sujeto que investiga escoge conforme a “encuadrar” su objeto de investigación. Sino que más bien, el método implica, una determinada posición (perspectiva) del sujeto que investiga, que interviene, que trabaja: aquella en que se pone el investigador para, en su relación con el objeto, comprender de él sus múltiples determinaciones². La cuestión del método es uno de los problemas centrales y más polémicos de la teoría social lo demuestra el esfuerzo de los clásicos de las ciencias sociales; y no es casual que siempre que aquellas han sido objeto de cuestionamiento, el debate metodológico estuvo en primer plano.

De esta manera es de suma importancia recuperar la idea de procesualidad ligada a la idea de praxis social, en tanto exige pensar el método como algo creado dentro de la intervención y no por fuera. Lo cual implica romper con la idea de fragmentación de la realidad, terminar con las definiciones que nos anteponen una construcción de la misma a priori. El Método es constitutivo de la praxis y se construye en el tránsito de la realidad misma.

²Trabajo Social: Crítica de la vida cotidiana y Método en Marx. José Paulo Netto. Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires. 2011. Pag 74-75.

El marxismo en este siglo último tiene un destacado teórico en György Lukács. Enfrenta la cuestión del método como procesualidad, lo cual ha de constituir un importante aporte al Trabajo Social. Tomando como base la idea planteada por Lukács respecto del método, aparece la intervención como un proceso, que nos aporta la idea de totalidad y complejidad. Esta postura pone en debate el peligro de esquematización de la realidad que apunta a la construcción del rol desde el control del ser social.

Se plantea entonces la posibilidad de la pregunta, la incertidumbre, la posibilidad de crear, de conocer, de desocultar la realidad, lo cual me permite construir las posibilidades de acercamiento a la realidad, al/los sujetos de intervención.

Esta forma de conocer y de intervenir planteada es básicamente un llamado a abandonar la tendencia a la inmediatez y a pensar en los fundamentos, en la ontología del ser social. Este sentido de una esencia genérica del ser social nos lleva a pensar consciente y críticamente la cotidianeidad en la que nos desenvolvemos en tanto escenario históricamente construido.

**II.ABORDAJE TEORICO. CONSTRUCCION DELSERVICO SOCIAL COMO
PROFESION.ANTECEDENTES.**

EL SERVICIO SOCIAL COMO TRABAJO Y COMO PROFESION.

Siendo así se hace importante *entender a la profesión como un tipo de trabajo en la sociedad*, es decir como una especialización del trabajo, una profesión inscrita en la división social y técnica del trabajo colectivo de la sociedad. (Iamamoto, M.V y Carvalho). Lo cual significa que el Servicio Social como tal no está por fuera de las determinaciones históricas, que implican aprehender los procesos macroscópicos que atraviesan todas las especializaciones del trabajo. Abordar el Servicio Social como trabajo supone visualizar la llamada “práctica profesional” profundamente condicionada por las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, o sea, por las relaciones entre las clases sociales en la sociedad, rompiendo con el endogenismo en el Servicio Social. Lo cual nos lleva a superar la idea de que la profesionalización de la profesión surge de la tecnificación de la filantropía para pasar al análisis de que la profesión pasa a constituirse como parte del trabajo social producido por el conjunto de la sociedad, participando de la creación y prestación de servicios que atienden las necesidades sociales. El Servicio Social se reproduce como un trabajo especializado en la sociedad por ser socialmente necesario: produce servicios que atienden a las necesidades sociales, o sea estos tienen un valor de uso, una utilidad social. Por otra parte los asistentes sociales participan, como trabajadores asalariados, del proceso de producción y/o de redistribución de la riqueza social.

En este proceso el Servicio Social puede contribuir con la distribución del poder y su democratización en el proceso de construcción de una contra hegemonía en el seno de las relaciones entre clase; o también puede, sin embargo, imprimir otra dirección social a su trabajo, dirigido a reforzar las estructuras y las relaciones de poder preexistentes en los marcos de la cotidianeidad.

Siendo que, los asistentes sociales trabajan con la cuestión social en sus más variadas expresiones cotidianas, tal como son vividas por los individuos en el trabajo, en la familia, en el área de vivienda, en la salud, en la asistencia social pública. No se debe descuidar el hecho de que esta Cuestión Social que, siendo desigual también es rebeldía, por involucrar sujetos que viven las desigualdades, que las resisten y a las cuales se oponen. *En esta tensión entre producción de la desigualdad y producción de la rebeldía y de la resistencia, trabajan los asistentes sociales situados en ese terreno movidos por intereses*

*sociales distintos, de los cuales no es posible abstraerse ni huir, porque constituyen la vida en sociedad.*³

Abordar el Trabajo Social como un tipo de trabajo en la sociedad permite comprender la profesión en relación con la historia de la sociedad de la cual es parte y expresión (Iamamoto 1997 y 2003), con lo cual en tanto trabajadores asalariados somos parte del proceso de producción y distribución de la riqueza socialmente producida.

El contexto actual en el que se deterioran las condiciones de vida de los sectores que viven del trabajo entre los que nos encontramos, invita al colectivo profesional a debatir estas cuestiones.

Dado que el ejercicio profesional del trabajador social” participa tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo y por la misma actividad, de la reproducción del antagonismo de esos intereses sociales, reforzando contradicciones que constituyen el móvil básico de la historia” (Iamamoto, 1997:89).

A su vez pensar el trabajo social como una de las formas en que se desarrolla el trabajo socialmente necesario, supone reconocernos como parte del grupo de sujetos que “viven/necesitan vivir del trabajo”, es fundamental la comprensión teórica, política y ética de las implicancias del ejercicio de la profesión, a fin de poder direccionar las intervenciones a la generación de instancias de construcción de poder coherentes con la clase a la que pertenecemos, aquella que depende de la venta de su fuerza de trabajo para vivir.

³Marilda Iamamoto. El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional. Ed. Cortez. pag 42.

SERVICIO SOCIAL Y AUTONOMIA

Situándonos en el campo *político – ideológico*, el Servicio Social se podría decir que se destaca de otras profesiones inscriptas en la esfera estatal, que también han surgido para mantener el orden y para crear consensos de clase en una sociedad desigual. Pero sin embargo dispone en tanto profesión liberal de ciertas características: entre ellas la existencia de una *relativa autonomía* por parte del Asistente Social en relación a la forma de conducir sus acciones junto a los individuos y/o grupos sociales con los que trabaja, lo que requiere el compromiso con valores y principios éticos que orientan la acción profesional. De ahí que el asistente social preserve una relativa independencia en la definición de prioridades y de las formas de ejecutar su trabajo, siendo que el control ejercido sobre su actividad es diferente, al de por ejemplo a un obrero en la línea de la producción. Por más que esa relativa autonomía de la que se dispone deriva de la propia naturaleza del tipo de especialización del trabajo; resulta importante, ya que actúa con individuos sociales y no con cosas inertes, interfiere en la reproducción material y social de la fuerza de trabajo a través de la prestación de servicios sociales. Si bien en el campo *político-ideológico* el profesional es requerido para ejercer funciones de control social y de reproducción de la ideología dominante, no escapa a un claro reconocimiento que su campo de trabajo se encuentra atravesado por tensiones e intereses de clases. Existe a su vez la posibilidad de reorientar el sentido de sus acciones para rumbos sociales distintos de aquellos esperados objetivamente, como por ejemplo construcción de la ciudadanía para todos; la materialización de los derechos sociales, civiles, políticos y la consolidación de la esfera pública.⁴

⁴Marilda Iamamoto. El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional. Ed. Cortez. pagpag119-120

LA CUESTION DE LA LEGITIMIDAD Y LA FUNCIÓN DE LA PROFESION.

En el contexto de la discusión sobre la génesis del Servicio Social, existen dos tesis que remiten a la legitimación de la profesión.

Así, la primera tesis, vinculada a la perspectiva "evolucionista-particularista" (endogenista), entiende que la legitimidad del Servicio Social radica en la "*especificidad*" de su práctica como profesión.

Partiendo de ver el Servicio Social como una forma de ayuda profesionalizada, la "legitimación" de este derivaría del montaje de una barrera inter profesional, bajo el acuerdo de cada profesión de no invadir el espacio "especifico" del otro. Este espacio específico, en el caso del Servicio Social, estaría dado por el objeto, por el método propio, por su fundamento en la práctica de campo, por sus objetivos etc.

Esta *especificidad*, al ser considerada, según esta tesis, como el *elemento que da sentido a la profesión*, lleva a entender como "especifico" del Servicio Social, la prestación de servicios dirigidos a los sectores empobrecidos y carentes de la población. También sería "especifico" su tipo de investigación social, la cual aparece como orientada para estas acciones, contrariamente a las demás disciplinas sociales. Es decir, una investigación que no pretende explicar, comprender, sino "justificar" la acción.

Se define de la misma manera, la *metodología* como "especifica", los objetivos profesionales como "específicos" y los *objetos de intervención* también son entendidos como "específicos" del Servicio Social. Asimismo se encuentra un *sujeto* "especifico" propio de la profesión: los "pobres", los carentes o, en la mejor de las hipótesis, los asistidos por las políticas sociales donde trabajan estos profesionales. Parece que si no se encontrara lo propio del Servicio Social, entonces este no tendría motivo de existir como profesión, no estaría legitimado, no tendría razón de ser.

Esta concepción hace dificultoso el pensar en la incorporación de nuevas áreas y nuevas demandas sociales como campos de intervención profesional y de nuevas estrategias de intervención, congelando la legitimación y

funcionalidad profesional (su base de sustentación funcional-laboral) al momento de su génesis. Descuidando el hecho de que en esa preservación de la "especificidad" que excluye a los "otros", se deja fuera de lugar lo inestable y lo desafiante de una realidad histórica compleja, dejándose también de lado, la ruptura de límites, la consecuente ampliación de los espacios para la intervención, y de las fronteras y posibilidades de transformación de la realidad. Aquí ya vemos como se comenzaba a delinear en un sentido; el perfil, la función y la intervención profesional, donde será el Estado el principal empleador.

En una perspectiva histórico-sistemática, se ve al Servicio Social ocupando un lugar en la división socio técnica del trabajo, dentro de un proyecto político-económico y desempeñando funciones de control y apaciguamiento de la población en general y de las clases trabajadoras en particular. En este caso su legitimación recae en su función prestada al orden burgués a través de su participación fundamentalmente en el Estado, como ejecutor terminal de políticas sociales, y no en su eventual "especificidad". Como dijera Marilda Lamamoto, la legitimidad del asistente social surge, no tanto por su carácter técnico-específico, sino por su función política, de tipo "educativo", "moralizador" y "disciplinador".

Paulo Netto, criticando la influencia positivista, entiende que "lo que ha legitimado nuestra profesión es, primeramente, una consagrada división social del trabajo" y sobre todo, la "atención a demandas, sean institucionales o no" (Netto, 1993: 56-57).

Lo que legitima una profesión es, por lo tanto:

1) dar respuestas (no importa si exclusivas o no) a determinadas demandas sociales,

2) la existencia de instituciones con interés y capacidad de contratar esos profesionales.

En el caso del Servicio Social, requiere la existencia de:

1) la llamada "cuestión social" (inmanente al sistema capitalista industrial) y

2) organismos, históricamente el Estado y organizaciones ligadas a las clases dominantes - que desarrollen políticas sociales.

Se debe distinguir por lo tanto, la legitimidad funcional de la legitimación social; en la medida en que cada una de esas categorías expresa una relación específica del profesional.

La primera, *la legitimidad funcional*, remite a la relación asistente social / empleador: el Estado y demás instituciones.

Para Marilda Iamamoto, "las fuentes de legitimación de la demanda del Servicio Social no han sido, a lo largo de su historia, derivadas de aquellos segmentos sociales que son particularmente el foco de la acción profesional, sino de los segmentos que controlan las organizaciones en donde actúa el Asistente Social, y a través de las cuales procuran sedimentar su influencia sobre el conjunto de la sociedad" (Iamamoto, 1997: XXXI). Netto afirma, en ese sentido, que el Servicio Social se construye como profesión legítima, insertándose en el mercado de trabajo, con todas las consecuencias de ahí derivadas principalmente con su empleador haciéndose vendedor de su fuerza de trabajo" (1997: 67).

De esta manera, lo que dota de legitimidad funcional a la actividad del asistente social es "la condición del empleador y el significado social de su acción", es, en definitiva, la existencia de un campo de trabajo que es demandado por el Estado.

La *legitimidad social*, por el contrario, refiere a la relación asistente social / usuario: el sujeto para el cual van dirigidas las políticas sociales, y por lo tanto, para quien es desarrollada la acción profesional, la cual mayoritariamente se refiere a la población carenciada.

Este profesional solo puede desempeñar el papel para el cual es contratado (obteniendo su legitimación funcional) desde que sea aceptado y legitimado por la población asistida. Las políticas sociales que el ejecuta solo se tornan eficientes a sus objetivos si ellas consiguen insertarse en la realidad de sus destinatarios.

La "cuestión social" se torna así, no apenas el factor "disfuncional" y amenazador del "equilibrio", llevando a la clase dominante, mediatizada por el Estado, a desarrollar una estrategia de control de esta a través de las

políticas sociales y contratando al asistente social como ejecutor de estas (lo que lo legitima funcionalmente) sino que ella se constituye también en el motivo por el cual la población "demanda" y acepta la intervención de este profesional para la solución de sus carencias (lo que legitima socialmente al asistente social). La legitimidad funcional refiere entonces, a una relación de trabajo, salarial, donde el asistente social desarrolla las funciones para las cuales es contratado, lo que le confiere una instrumentalidad social (Guerra, 1995). Mientras que la legitimación social remite a la demanda por servicios, lo que torna al profesional aceptado por la población.

No obstante, en realidad, aunque indirectamente, su demanda tiene como punto de partida las necesidades sociales: si la población dejara de demandar servicios, el resultado sería que el Estado dejaría de demandar la intervención de asistentes sociales. Así, esta doble relación (que deriva en las dos formas de legitimidad profesional): "asistente social / empleador" y "asistente social / usuario", debe ser entendida como un proceso único: demanda social por servicios estatales - ampliación del Estado e intervención social de este a través de políticas sociales demanda de asistentes sociales (para ejecutar estas últimas) por parte del Estado legitimación (funcional) y consolidación profesional.

En este sentido la fuente de demanda de intervención está en la existencia de la llamada "cuestión social", siendo el compromiso ético profesión la atención y respuesta de la situación, en la que viven las clases que viven de su trabajo. Es por eso que la opción político-profesional debe, más allá de las orientaciones ideológicas de cada asistente social individualmente (el que puede reforzar o no aquella opción), dirigirse fundamentalmente a la defensa de los intereses de las clases trabajadoras; dado que, a pesar de que directamente la demanda del profesional parte de los organismos ligados a las clases dominantes, la verdadera fuente aunque indirectamente y fetichizada de la demanda por asistentes sociales, y por lo tanto el fundamento último de su legitimación, está en la demanda que la población trabajadora hace de servicios sociales y asistenciales, lo que indirectamente significa la demanda de agentes para la ejecución de tales servicios.

DEBATES EN TORNO AL SURGIMIENTO Y DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL COMO PROFESION.

Continuando con la línea investigativa, me situare en el análisis de las concepciones con las cuales los profesionales se han "debatido" sobre el momento que marca el surgimiento de la profesión, es decir, los fundamentos que han buscado explicar la emergencia del Servicio Social. Considerando que el posicionamiento que adoptemos como trabajadores, en tanto influenciados por estas perspectivas, en el seno de la cuestión social y de la cotidianeidad de los sujetos, demarcaran la construcción de nuestra intervención en tanto proceso construido histórica, política e ideológicamente construido.

La Perspectiva Endogenista⁵:

Sostiene que el origen del Servicio Social se cimienta en la evolución, organización y profesionalización de las "anteriores" formas de ayuda, de la caridad y de la filantropía, vinculada ahora a la intervención en la "cuestión social.

Dentro de esta postura se destacan autores provenientes de un Servicio Social tradicional junto con miembros del movimiento que marco la "intención de ruptura" con aquel que fue la Reconceptualización; en segundo lugar, hay autores en esta tesis que entienden los "antecedentes" del Servicio Social como siendo cualquier forma anterior de ayuda, retrotrayendo su análisis a la Edad Media o incluso al origen de la historia, mientras otro conjunto de autores piensa los antecedentes solo ligados a las formas de ayuda, organizadas y vinculadas a la "cuestión social"(post-Revolución Industrial).

Aparece como autores vinculados a esta línea Ezequiel Ander-Egg, Natalio Kisnerman, Boris Alexis Lima, Ana Augusta de Almeida, Balbina Ottoni Vieira, José Lucena Dantas, entre otros.

⁵La Naturaleza del servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y reproducción. Carlos, Montaña .Segunda Edición .Editorial Cortez.

Es una tesis que tiene plena repercusión en la actualidad, apareciendo como la única u oficial interpretación sobre el tema en la mayoría de las instituciones de enseñanza.

En esta corriente, vinculada a las primeras etapas reconceptualizadoras, **Herman Kruse** (1972), quien identifica un paradigma del Servicio Social en la perspectiva que lo coloca como aplicación de teorías, y otro que sitúa su práctica como fuente de teorías (Faleiros, 1993: 124). El primero representa la tradición del Servicio Social, cuyos antecedentes datan de Vicente de Paul; el segundo es caracterizado por la Reconceptualización.

En un sentido semejante, **Natalio Kisnerman** (1980), pretende comprender la historia del Servicio Social evaluando "su propio destino". La génesis del Servicio Social aparece identificada aquí "claramente como una forma de ayuda sistemática de orientación protestante, por un lado, o como forma práctica de la sociología, por otro lado", pero negando como antecedentes de la profesión, al contrario de Kruse, todas las formas de ayuda no sistemáticas.

Así, Kisnerman, dirá que la superación de cada etapa crea una nueva, que la contiene y la niega. Se trata de un intento de incorporar el pensamiento dialéctico pero sin analizar su génesis originaria, con lo cual se visualiza como una descripción en la evolución de la profesión. La etapa de Asistencia Social constituyó la tesis. Duro a partir de 1869 (fundación de la C.O.S. de Londres) hasta 1917 con 'Social Diagnosis' de Mary Richmond). Durante muchos años no se pudo confrontar con otra forma de auxilio y al hacerlo surge el Servicio Social como antítesis, negando la Asistencia Social como momento, pero queda alienado al no fundar una nueva teoría. A partir de 1965 los movimientos de Reconceptualización niegan el Servicio Social que ahora es calificado de tradicional y procuran superarlo en una síntesis.

En este proceso de sucesivas etapas, donde el origen del Servicio Social se remontaría al siglo pasado, Kisnerman no consigue distinguir una práctica asistencial-benéfica de otra vinculada a una estructura político-económica, dentro de una determinada división socio-técnica del trabajo.

Un camino semejante siguieron **Ezequiel Ander-Egg** (1975) y **Juan Barreix**, al establecer distinciones entre la Asistencia Social como una acción benéfico-asistencial, el Servicio Social como una profesión paramédica y/o para jurídica, aséptica, tecnocrática y desarrollista y el Trabajo Social como la intervención concientizadora revolucionaria.

A su vez esta idea de etapas será retomada y desarrollada por un autor marcadamente vinculado a los segmentos más críticos y progresistas de la Reconceptualización, **Boris Alexis Lima (1986)**. En esta óptica, el autor identifica cuatro grandes etapas históricas: la etapa pre-técnica, la etapa técnica, la pre-científica y la científica. El autor situara cada etapa en el pasaje de un tipo de sociedad a otra. Así, *la "pre-técnica"* se relaciona con la transición de la sociedad feudal a la pre-industrial; *la "técnica"* vinculada al pasaje de esta última para la sociedad industrial; *la "pre-científica"* surge a partir de la Segunda Guerra Mundial (1946). Y a *la "científica"* surgiría, apenas vinculada a un movimiento interior de la profesión (la Reconceptualización).

Desde esta perspectiva el Servicio Social, en su primera etapa, es decir, en su génesis, se caracteriza fundamentalmente por la caridad, la beneficencia y la filantropía como actitudes dominantes en la Edad Media.

Por su parte, **Norberto Alayon** (1980) llega hasta los inicios del siglo XIX rastreando los antecedentes del Servicio Social argentino. En realidad, él se distancia aun más, encontrando que "a principios del siglo XVII fue fundada, en Buenos Aires, la Hermandad de la Santa Caridad, encomendándosele la atención de los pobres".

De esta forma, para Alayon, el pasaje en 1822 de la "Hermandad de Caridad" para la administración estatal, y su posterior "autorización para establecer una sociedad de damas, bajo la denominación de Sociedad de Beneficencia" estarían marcando, los antecedentes claros de lo que, luego de un "proceso de institucionalización" de estas "tareas benéfico asistenciales" sería la profesión del asistente social.

Ya en la perspectiva del Servicio Social tradicional, la idea de etapas, pero esta vez ligada a modelos de intervención, es también desarrollada por **José Lucena Dantas**. El autor clasificara:

a) "*el modelo asistencial*" como aquel que "define la naturaleza de las practicas y de la problemática social que antecedieron históricamente al aparecimiento del Servicio Social, vigente en Europa en todo el periodo que va de la Edad Media al siglo XIX, así como en los Estados Unidos, hasta los años '30, cuando la practica del Case work asumió su encuadre psicológico-social del cual no evoluciono mas";

b) "*el modelo de ajuste*", que "se refiere específicamente al sentido de institucionalización de las practicas conocidas como Servicio Social y define la naturaleza del Servicio Social norteamericano, cuyas practicas, finalidades y valores se volvieron para el ajuste o adaptación de los individuos al Sistema Social"; y

c) "*el modelo de desarrollo y cambio social*", "aun en elaboración" y al cual pertenecen dos Corrientes: la del "Servicio Social revolucionario" "eminente politico-ideologico" y la del "Servicio Social para el desarrollo" "eminente científico".

Por su parte, **Balbina Ottoni Vieira** (1977) inicia sus indagaciones sobre la génesis de la profesión diciendo que:

"como hecho social e intervención del hombre en el mundo, el Servicio Social solamente fue conocido con este nombre en el siglo XX. Pero el hecho o el acto de ayudar al prójimo, corregir o prevenir los males sociales, llevar a los hombres a construir su propio bienestar, existe desde el aparecimiento de los seres humanos sobre la Tierra.

Para ella, hablar de caridad, filantropía y Servicio Social, en cualquier caso, significa considerar las formas de ayuda, apenas diferenciadas por su modus operandi y su organización. Así, la "ayuda a los otros, puede ser vista, en cualquiera de sus dimensiones, sea caracterizada como caridad, filantropía o Servicio Social".

De manera más reciente, **García Salord (1990)**, avanza en la consideración de la génesis del Servicio Social al situar su nacimiento en el siglo XX y derivado de tres elementos:

- La institucionalización de la beneficencia privada,
- La ampliación de las funciones del Estado, encargado de la confección e implementación de las políticas sociales, que crea un espacio laboral y legitima la profesión bajo la condición de asalariado y con un signo ideológico, y el desarrollo de las ciencias sociales; que genera un campo diversificado de saberes teóricos y técnicos.
- Mientras que por otro lado la autora sostiene la tesis de que la profesión "se desprende del ejercicio de la caridad, entendida como la puesta en acto de un mandato divino: hacer el bien por amor a Dios; y deviene también del ejercicio de la filantropía, como la puesta en acto de un imperativo ético: hacer el bien por amor al hombre"; entendiéndose que "la referencia histórica de la especificidad de Trabajo Social remite a las llamadas formas de ayuda y asistencia social, no como meros antecedentes, sino como las prácticas de donde se desprende Trabajo Social como una profesión".

Todos estos análisis representan, en realidad, diferentes matices y distintos énfasis de la misma tesis: el Servicio Social es la profesionalización, organización y sistematización de la caridad y de la filantropía.

A modo de síntesis en esta parte se puede decir que, desde esta postura Endogenista; la profesión es vista a partir de sí misma. Los análisis en cuanto a la naturaleza del Servicio Social (a pesar de que diferentes cuando tratan la sociedad en su conjunto y su posicionamiento frente a la realidad) no consideran la realidad (la historia de la sociedad) como el fundamento y causalidad de la génesis y desarrollo profesional, apenas sitúan las etapas del Servicio Social en contextos historiográficos. En donde el tratamiento teórico le

confiere al Servicio Social una autonomía histórica respecto a la sociedad, a las clases y luchas sociales.

Esta tesis tiene, por otro lado, una clara visión particularista o focalista, en la medida en que ve el surgimiento del Servicio Social directamente vinculado a las opciones particulares, tanto personales como colectivas, de los sujetos "filántropo-profesionales", en hacer evolucionar (sistematizar, organizar, profesionalizar) las acciones que ya desarrollaban de forma asistemática, desorganizada y voluntariamente. El surgimiento de la profesión es visto como una opción personal de los filántropos en organizarse y profesionalizarse, con el apoyo sea de la Iglesia, sea del Estado, pues la explicación de su génesis es intrínseca al Servicio Social y remite siempre a sí mismo. Los "actores", los "protagonistas" del surgimiento y evolución del Servicio Social (lo mismo ocurre cuando analizan la Reconceptualización) son, en esta perspectiva, siempre personas singulares, nombres, en definitiva, individualidades.

Los análisis en esta tesis sobre la génesis (e historia) del Servicio Social derivan de una perspectiva teórico-metodológica muchas veces no asumida, lo que lleva a Netto a caracterizarlas como ingenuas y acrílicas en donde la historia y la sociedad son puestas apenas como el escenario de desarrollo profesional (no como su determinante), como una "maqueta" donde se inserta una pieza autónoma del contexto. De esta forma, los hechos, tanto del Servicio Social como de la historia, son naturalizados; se construye la "historia" (y la historia del Servicio Social) sin recuperar la procesualidad histórica, en un claro etapismo, se definen etapas para uno y otro (para la historia de la profesión y para la historia social); se vinculan o relacionan cronológicamente las etapas de uno (del Servicio Social) a las de la otra (de la sociedad), siendo estas últimas los marcos donde se signan las primeras (aunque no en una relación de determinación), dando como resultado: la "historia del Servicio Social".

Aquí no se considera el papel que el Servicio Social representa en el orden social al asistente social y a las funciones que desempeña en relación a los "usuarios", a los destinatarios de su intervención; tampoco se consigue

visualizar, en esta perspectiva, el papel del Servicio Social en relación a la institución empleadora de este profesional y en relación al orden socioeconómico y político.

La Perspectiva Histórico-Crítica

Buscando un nuevo camino de análisis surge esta perspectiva entendiendo el surgimiento de la profesión del asistente social como un subproducto de la síntesis de los proyectos político- económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando en el marco del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la "cuestión social".

Esta perspectiva es referenciada por los siguientes autores: Marilda Villela lamamoto, José Paulo Netto, Vicente de Paula Faleiros, María Lucia Martinelli, Manuel Manrique Castro, entre otros, los cuales entienden al asistente social como un profesional que desempeña un papel claramente político, teniendo una función que no se explica por sí misma, sino por la posición que ocupa en la división socio-técnica del trabajo.

Por un lado, Marilda Villela lamamoto, comenzara su análisis procurando captar: "el significado social de la profesión en la sociedad capitalista, situándola como uno de los elementos que participa de la reproducción de las relaciones de clases y de la contradictoria relación entre ellas. En ese sentido, comienza un esfuerzo por comprender la profesión históricamente situada, configurada como un tipo de especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo referida a la sociedad industrial" (lamamoto, 1997: 85).

En este sentido, la profesión es comprendida por la autora, como un "producto histórico", y no como un desarrollo y evolución internos de las formas de ayuda, descontextualizada o apenas, en el mejor de los casos, insertada en una realidad social. Sino que su significado social dependerá de la dinámica de las relaciones entre las clases y de estas con el Estado (...), en el enfrentamiento de la "cuestión social". Es en la implementación de políticas sociales (...) que ingresa el

Servicio Social", según entiende Iamamoto al avanzar, en los '90, sus reflexiones sobre la génesis profesional (1992).

De esta forma, la autora entiende que

"el Asistente Social es solicitado no tanto por el carácter propiamente "técnico-especializado" de sus acciones, sino básicamente, por las funciones de tipo "educativo", "moralizador" y "disciplinador" (...) el Asistente Social aparece como el profesional de la coerción y del consenso, cuya acción recae en el campo político" (Iamamoto, 1997: 145).

En una perspectiva teórico-metodológica semejante, **José Paulo Netto** (1997) contribuye para esta tesis, afirmando que es en la intersección del conjunto de procesos económicos, sociopolíticos y teórico-culturales que ocurren en el orden burgués, en el capitalismo de la edad de los monopolios, que se gestan las condiciones histórico-sociales que permiten la emergencia del Servicio Social como profesión en Europa. De lo contrario, "sin la consideración de este cuadro específico, el análisis de la historia del Servicio Social pierde concreción y termina por transformarse en una crónica esencialmente historiográfica y lineal".

Así, "la profesionalización del Servicio Social no se relaciona decisivamente a la "evolución de la ayuda", a la "racionalización de la filantropía" ni a la "organización de la caridad"; se vincula, por el contrario, a la dinámica de la organización monopólica".

Es así que se puede vincular la institucionalización de la profesión con el tránsito del capitalismo competitivo al monopolista, situado en el segundo cuarto de siglo, en Europa, luego de la gran depresión.

Para Netto, "el proceso por el cual el orden monopólico instaura el espacio determinado, que en la división social (y técnica) del trabajo (...) propicia la profesionalización del Servicio Social, tiene su base en las modalidades a través de las cuales el Estado burgués se enfrenta con la "cuestión social", tipificadas en las políticas sociales. Estas, además de sus

medulares dimensiones políticas, se constituyen también como conjuntos de procedimientos técnico-operativos; requiriendo, por lo tanto, agentes técnicos en dos planos: el de su formulación y el de su implementación.

De esta forma, la formulación e implementación de las políticas sociales, propias de esta nueva fase del orden socioeconómico, estimulan la creación de diversas nuevas profesiones "especializadas", entre las cuales el Servicio Social aparece para desempeñar su papel, ocupando una posición subordinada en la división socio-técnica del trabajo, vinculada a la ejecución terminal de las políticas sociales.

En cuanto profesión, concluye Netto, el Servicio Social no es solo una posibilidad, no se crea a partir de sí mismo, no surge apenas como una evolución de las acciones que los filántropos resolvieron imprimirle a sus prácticas. Es dinamizado y estimulado por el proyecto conservador que contempla las reformas dentro del sistema. Siendo que; "el capitalismo monopolista, por su dinámica y contradicciones, crea condiciones tales que el Estado por el capturado, al buscar legitimación política a través del juego democrático, es permeable a demandas de las clases subalternas".

Así, el surgimiento de la profesión debe su existencia a la síntesis de luchas sociales que confluyen en un proyecto político-económico de la clase hegemónica de manutención del sistema frente a la necesidad de legitimarlo en función de las demandas populares y de aumento de la acumulación capitalista. Para Netto, la "cuestión social" no determina por sí sola la génesis del Servicio Social. Ella solo da base para el surgimiento de la profesión cuando se transforma en objeto de intervención del Estado, cuando surge una mediación política entre la "cuestión social" y el Estado; siendo esta instrumentalizada por las políticas sociales cuyo ejecutor es el asistente social.

Por otro lado, **María Lucía Martinelli** (1991), marcando un quiebre con los análisis anteriores, se propone "la comprensión del real *significado de la profesión* en la sociedad del capital, su participación en el proceso de reproducción de las relaciones sociales".

De esta manera, Martinelli examina "la compleja situación que se instaura cuando la profesión, capitulando frente a la lógica del capital, pasa a operar permanentemente con la identidad atribuida", donde era prioritaria "su *función económica* de fondo ideológico, mas que su *función social*". En este sentido, "la ausencia de identidad profesional fragiliza la conciencia social del colectivo profesional, determinando un percusor alienado, alienante y alienador de práctica profesional", "impidiéndola de ingresar en el universo de la "clase en sí" y de la "clase para sí" del movimiento obrero y del participar de la práctica política de la clase obrera" .En este sentido el/la profesional estaría, en su génesis, sujeto y condicionado por una "identidad atribuida", totalmente externa e independiente de su voluntad.

De ese modo, considera la autora que el Servicio Social nace con funciones controladoras, integradoras, y por lo tanto políticas, necesarias a la mantención del orden social, cubriéndolas de un manto "filantrópico", lo que conformaría un verdadero "fetichismo de la práctica"(Martinelli, 1997: 11, 72, 102,152).

Por otra parte, **Vicente de Paula Faleiros** quien ha estudiado el Servicio Social en América Latina, niega la existencia de la profesión antes del siglo XX. Para él, el Servicio Social se fundamenta en la negación de los antagonismos del modo de producción capitalista. Va a decir que el profesional del Servicio Social actúa en la práctica, en el camuflaje o en la disminución de esos antagonismos; y que deriva de allí su propia contradicción.

SEGUNDA PARTE

**III.SALUD.CONSTRUCCION DE LA “PROBLEMÁTICA” DE LA
DISCAPACIDAD EN AMBITO DE ABORDAJE DESDE LO
SOCIAL.DISTINTAS PESPECTIVAS TEORICAS.**

SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad». Esta definición⁶ de la OMS si bien es progresista, se podría decir que evita el tema de quién define lo que es bienestar, salud y población, y presupone que “salud” es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual. Se despega del problema epistemológico del poder; ya que, en realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea. Podemos ver, entonces, cómo la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad.

MODELOS DE ATENCION EN SALUD:

Modelo Medico El modelo médico considera que la discapacidad es un comportamiento anormal del individuo, el síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo.

Esta visión médica juzga todas las afecciones de la condición de la salud como una enfermedad, donde se persigue una idea abstracta de salud, es decir, que la persona con discapacidad se considera como enferma permanente, en espera de una cura que en la mayoría de los casos es improbable.

Aquí la discapacidad es vista como un problema del individuo, pues es él quien presenta una anomalía física, sensorial o mental, lo que hace que su deficiencia y su falta de destreza sean el origen de sus dificultades, las mismas que hacen necesaria la rehabilitación centrada en el sujeto como paciente, quien requiere intervención médica individualizada, que debe ser dada por un profesional de la salud.

⁶ Concepto actual de salud pública. Capítulo 3. Vicente, Navarro. Catedrático de Políticas Públicas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona Profesor de Política y Economía Sanitaria. Johns Hopkins University, USA

Uno de los componentes más significativos y negativos de este modelo médico tradicional es que la persona tiende a asumir y aceptar un rol de enfermo sin tener en cuenta sus derechos, pero tampoco sus deberes en los contextos cercanos –familia, comunidad, trabajo, etc.–, por lo que se transforma en un individuo pasivo que ve el proceso de la rehabilitación como responsabilidad del personal de salud

Modelo Bio-psico social: Es una integración de los componentes del modelo médico y del modelo social; este último ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona.

Se enfatiza en la importancia de la expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad y, por tanto, su manejo requiere de la participación de otros.

Modelo de Integración: En los últimos años la atención en rehabilitación a las personas con discapacidad se ha contextualizado en un concepto integrador de las actuaciones sociales dirigido a garantizar la igualdad de oportunidades a estas personas, en el contexto social y en el de los enfoques que dan prioridad al desarrollo personal y la aparición de nuevos escenarios de intervención.

Para entender que la discapacidad es una circunstancia social es preciso partir del conocimiento real y del manejo de los marcos conceptuales.

Desde esta perspectiva, se ha venido presentando una evolución significativa en la manera en que la sociedad se relaciona con las personas con discapacidad, fundamentada en una posición transformadora constituida por las posibilidades de vida digna y equitativa desde la inclusión, el apoyo, la autodeterminación y las capacidades para desarrollarse como personas autosuficientes.

Así, el planteamiento de una nueva cultura de la discapacidad parte de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive, y se apoya fundamentalmente en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir. Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social, y no sólo la rehabilitación médico funcional

SALUD-DISCAPACIDAD

La problemática de la Discapacidad en tanto hecho social, nace con los heridos de la segunda guerra mundial, mientras que en Argentina se convierte en una necesidad con la gran epidemia de la Poliomiélitis, en 1956. Desde entonces se ha estudiado al hombre que ha sufrido una alteración neuro-músculo-esquelética, sensorial, psíquica o social. Definiendo a este como *Discapacitado*.

A saber la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no solo porque la manifestación concreta de la enfermedad, lesión es única, sino porque esta condición de salud estará influida y configurada por una compleja combinación de factores, desde la diferencia los factores personales, experiencias, antecedentes y bases emocionales, como también el contexto físico, social y cultural en que vive la persona. Es así que la discapacidad y su construcción en tanto hecho social e histórico, varía de una sociedad a otra, de una época a otra y va cambiando con el tiempo.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud se basa en que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un indicador único de un grupo social.

A partir de 1980, la OMS planteó la Discapacidad desde la CIDDM (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías). Entendiéndose como *Deficiencia*, a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Desde esta perspectiva se veía a la *Discapacidad* como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La *Minusvalía*, como una situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.

En el año 2001 surge una visión más amplia de la Discapacidad, comprendida desde la CIF (clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud). A partir de aquí ya no se enunciarán tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se hablara de *Funcionamiento*, como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, La capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.

Discapacidad, recoge entonces, las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.

Salud, como elemento clave que relaciona los dos anteriores.

En la CIF se contempla la discapacidad entendida globalmente, como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y las estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos medioambientales que pueden actuar como barrera y/o ayuda.

A partir de este esquema básico se desarrolla todo un sistema de clasificaciones y subclasificaciones, donde la OMS propone un nuevo esquema; centrado en traspasar las barreras de la enfermedad; se trata de ir mas allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que esta deja en el individuo, tanto en su propio cuerpo, como en su persona, en su entorno y en su relación con el resto de la sociedad. Así la OMS, abandona el enfoque primitivo de “consecuencias de la enfermedad”, para enfocar el objetivo hacia la salud y los estados relacionados con la salud.

De acuerdo a esta nueva significación de la salud, como un logro del bienestar social de la comunidad, se hace necesario contar con un Servicio social Hospitalario dinámico y operativo. Se toma al Servicio Social como unidad responsable del estudio de los problemas sociales (emocionales, económicos y culturales) que influyen en los estados de salud de los individuos, grupos y comunidades. Además de su destacada participación en los aspectos de *prevención* a través de la Atención Primaria de la Salud. A través de la *recuperación* (Atención Secundaria de la Salud, cuando la enfermedad ya esta instalada), a través de la *rehabilitación* (Atención terciaria, de acuerdo a las potencialidades remanentes, también incluye a la atención primaria y secundaria, y se organizan acciones para contribuir al objetivo de la Atención de la Salud.

En este sentido la finalidad fundamental del Servicio Social es la de crear una actitud critica respecto a las causales de los problemas sociales, contribuyendo a que los sujetos y la sociedad toda de forma participativa, consciente y activamente organicen las acciones y recursos que apunten a prevenir, pero también a instalar en la agenda publica estos temas que atañen a la salud de la población. Con miras a transformar la realidad social de las personas con discapacidad y a generar proyectos de vida valorables e integradores.

En un nivel general se pueden destacar los siguientes objetivos y metas en función de esta nueva despectiva.

- ✓ Garantizar la dignidad e integridad social de las personas con discapacidad.
- ✓ Participar en la formulación y reformulación del marco legal en cuanto a la protección y asistencia social referente a la atención a persona con discapacidad.

- ✓ Participar en la lucha por la accesibilidad y de la cobertura de la atención de las personas con discapacidad.
- ✓ Contribuir al fortalecimiento de la participación y cooperación social.
- ✓ Mejorar la calidad de atención de los servicios de prevención, rehabilitación e integración social. etc.

La Discapacidad; se entiende, como un hecho presente e inherente a la persona humana, y desde el impacto que la irrupción de ésta, cualquiera que sea su origen, produce hacia el interior de la dinámica familiar a nivel estructural, vincular, afectivo; afectando la visión del sujeto en términos de autonomía.

Según los aportes de la O.M.S hay distintos modelos que pueden aplicarse para explicar la discapacidad y el funcionamiento. Estos modelos pueden ser expresados en una dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social” y con más propiedad desde un enfoque de derechos humanos.

El modelo médico ve a la discapacidad como un problema personal, causado directamente por enfermedad, trauma u otra condición de salud, que requiere de cuidado médico provisto en la forma de tratamiento individual por parte de los profesionales. En este sentido, el manejo de la discapacidad tiene por objetivo la cura o adaptación del individuo y un cambio conductual.

El modelo social de discapacidad, por otro lado ve el tema desde su complejidad, considerando no solo los aspectos médicos (tratamiento-rehabilitación) sino el conjunto de factores que determinan la discapacidad, es una visión global de la dimensión social, principalmente como un problema creado a nivel social, cuyo objetivo es la integración plena de los individuos a la sociedad.

A partir de la exploración en las diferentes posturas en cuanto a la conceptualización y al tratamiento de la Discapacidad he hallado distintas perspectivas y formas de plantear y analizar la cuestión, que superan la dicotomía planteada en el principio de este trabajo investigativo; que tenía que ver con El Modelo Médico V.S El Modelo Social.

A continuación se plantearán los distintos planteos respecto del tema:

Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad⁷

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones, en política sanitaria y social que se han desarrollado en los distintos países. Siendo de particular interés el condicionamiento que han ejercido en los modos de comprender y clasificar las discapacidades y en las respuestas que las instituciones, las profesiones y en última instancia la sociedad, han dado. Por ello, y con objeto de clarificar dichos aspectos, me ha parecido de interés revisar aquí, los elementos esenciales de los dos modelos más significativos desarrollados, así como su impacto en la intervención desde el servicio social en los espacios vinculados a la Discapacidad y la concepción de Sujeto inherente a ellos.

Entre dichos modelos cabe destacar el Médico-Biológico y como contrapunto el Social, de éste último han surgido variaciones que incorporan actuaciones y puntos de vista defendidos por los movimientos de activismo político y de “lucha pro derechos”; a ellos nos referiremos de manera especial, a continuación.

El modelo médico-biológico.

La constatación de que, al margen de la eficacia de las actuaciones médicas, muchas de las enfermedades generaban, como producto final, déficits en el funcionamiento del individuo, que le inhabilitaban para desempeñar una vida normal, llevó al convencimiento de la necesidad de extender el modelo médico-biológico de enfermedad para abarcar dichos procesos. De esta manera las consecuencias de la enfermedad, definidas como discapacidad, fueron interpretadas y clasificadas, aplicando a ellas el modelo de enfermedad tradicionalmente utilizado en las ciencias de la salud. En él déficit o discapacidad adquiere las connotaciones del síntoma, siendo por lo tanto descrito como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal/mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual.

En la medida en que el déficit es el resultado de la imposibilidad, dadas las limitaciones del quehacer médico, de resolver o prevenir las consecuencias de la enfermedad, se plantea además en el modelo que el objetivo de la actuación ha de ser la búsqueda de la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad.

7

Para facilitar dicha adaptación, que en cualquier caso ha de ser personal e individual, se postula como objetivo fundamental de actuación, el establecimiento de medidas compensatorias que palien las deficiencias.

El interés por dicho modelo se ha hecho más patente a medida que se ha ido superando el nivel de la medicina curativa, y la sociedad ha comenzado a plantearse nuevos retos en el manejo de las consecuencias de la enfermedad. Por lo tanto a partir de él se han desarrollado sistemas de clasificación y diferenciación de los déficits que, siguiendo los mismos principios que los utilizados en las clasificaciones de las enfermedades, persiguen establecer la taxonomía de las discapacidades.

La aplicación de dicho modelo ha permitido centrar la atención de las estructuras administrativas, y también de la sociedad, en la problemática de las personas con discapacidades, estimulando la preocupación por garantizar el desarrollo de medidas terapéuticas y compensadoras. Sin embargo, aun cuando dicho modelo pudo resultar útil para garantizar el desarrollo de actuaciones ante las situaciones de minusvalía, ha contribuido también a reforzar los elementos de estigmatización. Ello ha sido debido, en gran medida, a la tendencia a extender sus conceptos a los restantes aspectos de la vida del discapacitado y también al hecho de que los profesionales sanitarios, en el proceso de elaborar el diagnóstico y clasificar los déficits y minusvalías, tienden a subrayar las diferencias; las que existen entre los que las tienen y los que no las tienen, y las que sedan entre los distintos tipos de discapacitados.

En un intento de subsanar algunas de sus limitaciones el modelo médico-biológico fue complementado, ya desde sus inicios, con una perspectiva social basada en la conceptualización del constructo de “conducta de enfermedad” desarrollada por Parson en 1958, y de “estigmatización”, “marginación” y “desviación” formulados por Goffman en 1963. La incorporación de dichos constructos permitió ampliar el concepto de discapacidad, ofreciendo una visión de los déficits como realidades que tenían una repercusión en la conducta del individuo y en sus relaciones con la sociedad. Sin embargo, dicha extensión del modelo todavía no incluye todos los elementos que caracterizan los modelos sociales, a los que nos referiremos a continuación.

El modelo social de la discapacidad.

Este modelo postula que la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales. Se plantea además que, aún cuando en la discapacidad hay un substrato médico-biológico, lo realmente importante es el papel que en la expresión de dicho substrato juegan las características del entorno, fundamentalmente del entorno creado por el hombre. Y es justamente en la interacción de dichos déficits con el entorno, en la que se dan las “desventajas” que el individuo con discapacidad experimenta, y que en la práctica definen su estatus de discapacitado. Por lo tanto, desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen tan solo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficits. Se entienden así los postulados de Hahn, según los cuales en la discapacidad: “el problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”. Se nos revela con ésta frase que en éste modelo se tiende a localizar las limitaciones inherentes a la discapacidad en el entorno construido (donde se hallan las barreras físicas), y en el entorno social, que impone estereotipos y limitaciones a la participación, justificándose además que las actuaciones no se planteen a nivel individual sino en el de la propia sociedad.

El modelo político-activista de la discapacidad o el modelo de las “minorías colonizadas”.

Una extensión del modelo social es el que incorpora las luchas “pro derechos” de las personas con discapacidades. En ellas se defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad. Se hace hincapié en las limitaciones con las que se enfrentan las personas con discapacidades, en términos de educación, empleo, transporte, alojamiento, las cuales no son en realidad la consecuencia de su problema médico sino la resultante de las actitudes de la población, y del abandono socio-político en el que se encuentran. Desde esta perspectiva, el defensor del modelo social y el activista político,

localizarán el problema no en la falta de movilidad generada por la discapacidad, sino en la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades, por ejemplo, eliminando las barreras a la movilidad existentes en el entorno. Se justifica así que sus actuaciones se centren, no en el nivel sanitario, sino en el de la acción política y social.

Otra extensión del modelo social es la que ha llevado a equiparar al colectivo de los discapacitados con un colectivo “colonizado” por una cultura dominante, la “médica”, que impone sus criterios y define las situaciones de discapacidad y sus necesidades, partiendo para ello de la premisa de que la persona con discapacidad es incapaz para auto-definirse y auto-regularse. Desde este punto de vista el modelo médico no hace otra cosa que perpetuar la jerarquía del médico sobre el enfermo, asignándole un mero papel de persona subordinada, incapaz de regular su destino, y que por lo tanto ha de ser privada de sus derechos. La lógica de estos postulados nos lleva a plantear, como sus defensores lo hacen, que: “si las personas con discapacidades son los colonizados y los profesionales de la asistencia los colonizadores, la lucha por la emancipación ha de empezar por desarrollarse dentro de las instituciones y de los sistemas o elementos que perpetúan dicha colonización”. Lo cual lleva al cuestionamiento tanto de las instituciones sanitarias, como sus actuaciones y estrategias de intervención, incluyendo dentro de ellas los sistemas de clasificación.

En este sentido, lo que los que defienden estos principios reclaman es el derecho a formar un colectivo integrado por individuos que comparten las mismas características, y a poseer una identidad la de la incapacitación construida por ellos mismos, es decir una identidad que, basada en la discapacidad, les ofrezca la posibilidad de sentir que pertenecen a un colectivo cuyas características de identidad ellos mismos han establecido, y a crear unas condiciones positivas de vida que les permitan gozar de experiencias enriquecedoras y solidarias capaces de anular muchos de los aspectos negativos que comporta el hecho de vivir con la discapacidad.

El modelo universal de la discapacidad.

Se plantea que la discapacidad es un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo.

Se asume en este modelo que la discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica intrínseca de la condición humana.

Ser humano significa, en esencia, ser limitado o, por decirlo de otra manera, ser relativamente incapaz, de forma que no hay ser humano que posea un total repertorio de habilidades que le permita enfrentarse a las múltiples y cambiantes demandas de la sociedad y del entorno. Además, el propio concepto de incapacidad es, por su propia naturaleza, relativo y está necesitado de ser contextualizado teniendo en cuenta las características del individuo y del entorno. Lo cual implica que no es posible establecer con precisión los límites, siempre cambiantes, que separan la capacidad de la discapacidad.

Según el principio de la universalización, el desarrollo de políticas y actuaciones sobre la discapacidad ha de hacerse a partir de la superación del concepto de especificidad (tanto del grupo como de las necesidades) y teniendo siempre presente que dichas iniciativas no deben estar dirigidas a personas o grupos específicos, sino a toda la población. Se piensa que toda la población en cierta medida es, o si se quiere, está en riesgo de ser, discapacitada. Esto implicaría que a la hora de formular políticas se debe incluir a todos los actores de la sociedad.

Modelo bio-psico-social.

Lo que caracteriza el modelo bio-psico-social es su visión integradora, la cual permite explicar de manera más satisfactoria un hecho complejo y multifacético como es la discapacidad.

De esta manera se establece un lazo entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que sustentan la discapacidad y así desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos. Se facilita además, el establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, por ejemplo entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad, lo cual nos clarifica la naturaleza de las actuaciones que son requeridas y los niveles a los que dichas actuaciones han de estar dirigidas.

La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen.⁸

Desde tiempos antiguos hasta la actualidad han existido, y persisten aún, grandes contradicciones en el tratamiento social otorgado a las personas con discapacidad. Estas contradicciones constituyen una muestra de la tensión entre las diferentes visiones de las que es, y ha sido, objeto la discapacidad.

Siguiendo a este autor, pueden distinguirse tres concepciones o “modelos” de tratamiento social, que a lo largo del tiempo se han dado a las personas con discapacidad, y que en la actualidad coexisten en mayor o menor medida.

El modelo de prescindencia

Un primer modelo, denominado de prescindencia, considera, o consideraba, que la discapacidad tenía su origen en causas religiosas, y que las personas con discapacidad eran una carga para la sociedad, sin nada que aportar a la comunidad. Este modelo contiene dos submodelos, estos dos submodelos son el submodelo eugenésico y el submodelo de marginación.

- ✓ El *submodelo eugenésico* podría ser situado en la antigüedad clásica. Tanto la sociedad griega como la romana, basándose fundamentalmente en motivos religiosos, aunque también políticos, consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños y niñas con discapacidad. La explicación respecto de las causas de la discapacidad era religiosa: el nacimiento de un niño o niña con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres en el caso de Grecia, o una advertencia de que la alianza con los dioses se encontraba rota en el caso de Roma. Ello, unido a la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena ser vivida, más la consideración acerca de su condición de carga (para los padres y para la sociedad), llevaba a prescindir de estas personas mediante prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños y niñas.

⁸ Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades. Año 10, N° 20 Segundo semestre de 2008. Las ideas, su política y su historia: AMARTYA SEN: Amartya Kumar Sen (n. el 3 de noviembre de 1933 en Shantiniketan, India) Filósofo y economista bengalí, ganador del Premio Nobel de Economía de 1998. El más revolucionario de los aportes de Sen en el desarrollo de los indicadores económicos y sociales es el concepto de capacidad.

- ✓ El *submodelo de marginación*, puede encontrarse en el tratamiento dado a las personas con discapacidad durante la Edad Media, en donde se las incluía dentro del grupo de los pobres y los marginados. La característica principal de este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor y el rechazo por considerarlas objeto de maleficios y advertencia de un peligro inminente. Es decir, ya sea por menosprecio, ya sea por miedo, la exclusión es la respuesta social hacia la discapacidad.

A diferencia del submodelo eugenésico, ya no se comete infanticidio, aunque gran parte de los niños y niñas con discapacidad mueren como consecuencia de omisiones básicas. En cuanto a los que sobreviven o a los mayores, la apelación a la caridad, el ejercicio de la mendicidad y ser objeto de burla y diversión eran los medios de subsistencia obligados.

El modelo rehabilitador

El segundo modelo es el denominado modelo *rehabilitador* (o modelo médico). Sus características fundamentales son dos: en primer lugar, las causas que se alegan para justificar la discapacidad, a diferencia del modelo de prescindencia, ya no son religiosas, sino que pasan a ser médico-científicas.

En este modelo, y tratándose del campo de la medicina, ya no se habla de Dios o del diablo, sino que se alude a la discapacidad en términos de “enfermedad” o como “ausencia de salud”. En segundo lugar, se considera que las personas con discapacidad pueden tener algo que aportar a la comunidad, pero sólo en la medida en que sean *rehabilitadas o normalizadas*, y logren asimilarse a las demás personas (válidas y capaces) en la mayor medida posible. Con lo cual, entran en un “proceso de normalización” a fin de poder obtener por parte de la sociedad un valor como personas y como ciudadanas y ciudadanos.

Puesto que la atención se centra en la discapacidad (en aquello que la persona no es capaz de realizar), se produce la subestimación hacia las aptitudes de las personas con discapacidad, y así el tratamiento social otorgado se basa en una actitud paternalista y caritativa, enfocada hacia las deficiencias de tales personas que, se considera, tienen menos valor que el resto.

Desde este modelo, las personas con discapacidad se convierten en “objetos médicos”, y por ello, “sus realidades” son contempladas y explicadas desde un prisma exclusivamente medicalizado (y medicalizante). De ahí que el hecho de crear espacios “sobrepotejidos” para estas personas, tales como las instituciones que sean vistas como “lo normal, para estas personas especiales”. Este modelo, en definitiva, busca la “normalización” de la persona, hacia lo estándar y normativo. Será así como la educación especial se concibe como una de las mejores herramientas normativas del camino hacia la realización.

El modelo social

Los presupuestos fundamentales de este modelo son dos: en primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son religiosas ni científicas, sino sociales.

En este sentido no serían las limitaciones individuales de las personas con discapacidad la causa del problema, sino las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y para garantizar que las necesidades de esas personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Esto no supone negar el aspecto individual de la discapacidad, sino enmarcarlo dentro del contexto social.

En segundo lugar, se considera que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad. De este modo, partiendo de la premisa fundamental de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación plena de su diferencia.

Podemos ver como modelo social, se aparta del tratamiento de la discapacidad en función de criterios médicos, típica del modelo rehabilitador. Siendo que, no se trata de ocultar una realidad médica que es innegable en muchos casos de personas con discapacidad, sino de reducir al ámbito médico lo estrictamente sanitario y no mezclarlo con la problemática social derivada de la discapacidad. No son los médicos ni el modelo rehabilitador los que deben dictar la manera de vivir de una persona con discapacidad, sino ella misma la que de manera autónoma debe poder elegir libremente la forma en la que desea vivir.

Este enfoque centra su atención en el hecho de que “la discapacidad” es un fenómeno social; esto es, es una construcción social de la realidad de determinadas personas que se encuentran en estas circunstancias vitales.

El modelo de la diversidad

Agustina Palacios y Javier Románach (2006) van a plantear que desde el nuevo “modelo de la diversidad”, todas las personas tienen un mismo valor moral, independientemente de sus “capacidades, o discapacidades”, y, por tanto, tienen que tener garantizados los mismos Derechos Humanos.

Es aquí donde se establece otro “giro epistemológico” igual de profundo que el anterior en “la comprensión de la discapacidad o diversidad funcional”. Aquí, “el hecho de la discapacidad” se convierte en una cuestión de carácter ético y filosófico, y adquiere un status moral (hasta la fecha inalcanzable), a través del cual, toda persona con grave discapacidad y, aunque no pueda “cuidar de sí misma”, adquiere la misma condición de humanidad y dignidad; y, por tanto, toda discriminación que sufra será entendida explícitamente como una violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

El enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen

El enfoque de las capacidades de Amartya Sen surge en el contexto del desarrollo humano como un marco conceptual desde el que juzgar el bienestar y la calidad de vida de las personas. El mismo sostiene que tal desarrollo no termina en el aumento de la producción económica nacional, y que por eso su estimación mediante la renta disponible es insuficiente. El desarrollo tiene que ver, más bien, con las cosas que las personas pueden realmente hacer o ser, los llamados “funcionamientos”, y así con las “capacidades” de que disponen, entendidas como las oportunidades para elegir y poder llevar una u otra clase de vida.

La noción más primitiva de este enfoque se refiere a los “funcionamientos”. Estos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. De esta manera el enfoque se basa en una visión de la vida como combinación de varios “quehaceres y seres”, en el que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. Algunos funcionamientos son muy básicos, como estar nutrido adecuadamente, tener buena salud, etc. Mientras que otros

pueden ser más complejos, pero seguir siendo ampliamente apreciados, como alcanzar la auto dignidad o integrarse socialmente.

Desde esta postura el bienestar tendrá que ver con una valoración de las condiciones de vida constituidas por los funcionamientos. Estos son hechos de la vida personal, efectivos y no meramente hipotéticos, y por tanto aspectos constitutivos de la manera en que la persona vive. Obviamente no ocurre un solo funcionamiento cada vez, sino que la persona funciona simultáneamente de muchas maneras: está alimentado, y sano, y protegido, y lee, y viaja, y participa en la sociedad, etc. Su vida puede ser contemplada así mediante este conjunto de funcionamientos, el cual define el “estado general” de la persona, su forma de vivir. No es que los funcionamientos sean meros expedientes útiles para hacer una descripción, sino que son integrantes mismos de esa forma de vida: “La vida, dice Sen, puede considerarse como un conjunto de funcionamientos interrelacionados, consistentes en estados y acciones”

De esta manera el autor centrara su interés en la importancia de la noción de capacidad diciendo que la misma puede ser interpretada en tres niveles de análisis: desde una forma primera de concebir la “capacidad” como poder lograr efectivamente algo, hay que pasar a la idea de “capacidad para funcionar”, y por último a la noción de “conjunto capacidad”, que es el formado por todos los funcionamientos de los que es capaz la persona. Formalmente, la capacidad para funcionar añade a la noción de funcionamiento la posibilidad real de elegir funcionar así o no. No se trata sólo de tener permiso para hacerlo, sino también de disponer de los recursos oportunos y de lo necesario para aprovecharlo. Así, para que una persona con discapacidad pueda desplazarse (funcionamiento) necesitará más recursos y/o un entorno social más favorable.

Las capacidades para funcionar mencionadas por Sen tienen que ver con que cada una de ellas implica un funcionamiento (estar sano, ver, evitar el hambre, etc.), y que abarcan desde los estados y actividades más elementales a las actividades superiores del ser humano. Así, una persona es o no capaz de: estar sana, ver, evitar el hambre, ayunar, tener una vivienda, tener seguridad física, evitar ser agredida físicamente, trasladarse sin peligro, tener ropa, evitar la vergüenza por la ropa que lleva, estar junto a sus seres queridos, vivir sin estar estigmatizada, llevar una vida normal, actuar con sensatez, estar equilibrada, sentirse feliz, estar satisfecha, etc.

En este sentido se dice que, la capacidad no se limita al mero funcionamiento valioso; es la libertad de disfrutar de funcionamientos valiosos. Por otra parte, el enfoque de las capacidades no pretende ofrecer un “método decisorio” que pueda programarse en un ordenador. Lo que hace es invitarnos a reflexionar sobre qué funcionamientos forman parte del concepto de una vida buena en nuestra cultura y en otras, y a investigar qué libertad efectiva de lograr estos funcionamientos tienen diversos grupos de personas en una variedad de situaciones.

Sen propone que una vida buena es una vida rica en elecciones valiosas vinculando, mediante la capacidad para funcionar, bienestar y libertad para tener una u otra forma de vida. Para explicar la libertad de llevar una forma de vida u otra hay que considerar simultáneamente todo el repertorio de funcionamientos a nuestro alcance. Esta es la misión del conjunto capacidad, que es el formado por todos los funcionamientos de los que es capaz el sujeto, y que así engloba sus diferentes formas y estilos de vida posibles.

SOBRE LA INTERVENCION. ASPECTO FUNDAMENTAL DEL TRABAJO SOCIAL.

En la trayectoria histórica de la profesión se han podido visualizar modalidades superficiales de intervención con criterios estandarizados, suponiendo un mero conocimiento de demandas explicitadas, normativas y procedimientos en torno a las prestaciones. Quedando oculto detrás de estos requerimientos, que la profesión interviene en los conflictos generados por los antagonismos de las clases fundamentales.

Es en este sentido que se hace más que necesario analizar y explorar acerca del significado social de la profesión y de allí los procesos de intervención; ubicándola en el seno de las tensiones sociales de la división social del trabajo, planteando así la urgencia de reflexionar sobre el conjunto de condiciones y relaciones sociales que le atribuyen a la intervención; un significado, y en las cuales se torna posible y necesaria.

De esta manera la intervención profesional se convierte en una categoría constitutiva de la profesión, en la medida en que expresa su razón de ser como una especialización del trabajo en la sociedad que, en tanto totalidad histórica y socialmente determinada, se encuentra atravesada por una multiplicidad de aspectos y complejos dinámicos que cristalizan su carácter polifónico.

Dado que intervenimos en el tratamiento consecuente de la vida cotidiana nos supone un aparato categorial y un referencial teórico que cancele preliminarmente los procedimientos habituales a los que los asistentes sociales echamos mano con frecuencia. Ya que lo que está en duda es el amplio espectro de posturas positivistas y neo positivistas, fundamentadas en la recepción de la objetividad inmediata de los procesos y fenómenos sociales como siendo la realidad estructural. Viendo q estas posturas no rompen con la facticidad empírica en que se da la inmediatez como instancia de la vida cotidiana. El reduccionismo del que se nutren diluye todas las determinaciones estructurales y ontológicas de la vida cotidiana, subsumiéndolas o en un culturalismo que hipertrofia sus contenidos simbólicos o, en una sucesión de eventos manipulados que promueven la evicción de las reales y operantes posibilidades de intervención de los sujetos sociales.⁹

⁹ Trabajo Social: Crítica de la vida cotidiana y el Método en Marx. José Paulo Netto. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Marzo 2012.

De esta manera, tomando las palabras de Marilda Yamamoto, es que se considera más que necesario romper con la visión endógena, focalista, con esa visión “desde adentro” del Servicio Social, prisionera de sus muros internos. Se trata de extrapolar el Servicio Social para aprenderlo mejor en la historia de la sociedad de la cual es parte y expresión. Es importante salir de la cúpula de cristal que nos aprisiona, como precondition para que se pueda captar las nuevas mediaciones y recalificar el quehacer profesional, identificar sus particularidades y describir las alternativas de acción. Lo cual exige romper con la actividad burocrática y rutinera, que reduce el trabajo del Asistente Social a un mero empleo, ya que el ejercicio de la profesión es más que eso. Es la acción de un sujeto profesional que tiene acción para proponer, para negociar con la institución sus proyectos, para defender su campo de trabajo, sus calificaciones y sus funciones profesionales.

Particularmente para entender la Intervención desde el Servicio Social, me posiciono desde la perspectiva ontológica, llamada también crítica o emergente, desde donde se piensa que las condiciones que dieron origen al Trabajo Social se encuentran asociadas a la “cuestión social”. Considera que la profesión no posee un objeto específico, único; posee un saber propio técnico-operativo (Montaño; 1998) y si produce teoría, pero ella no le es propia sino que pertenece al conocimiento teórico de lo social.

A si mismo esta perspectiva sostiene que el Trabajo Social no se institucionaliza en función de su legitimidad en la división del trabajo científico¹⁰, sino como un tipo de trabajo especializado en la división socio técnica del mismo, que objetiva una intervención social a partir de un análisis teórico-crítico de la realidad. Se entiende que el Trabajo Social interviene en las múltiples manifestaciones de la cuestión social, fragmentada en problemas sociales.

¹⁰ En palabras de Yamamoto (2000), la profesión no se legitima como rama del saber. En palabras de Netto (1997), la requisición de la profesión no deriva de su stock científico.

INTERVENCIÓN. DEBATES ACTUALES¹¹.

Analizar la Intervención profesional en el marco de la contemporaneidad implica: "entender que el presente supone reconocer la trayectoria histórica, es decir, las articulaciones con el pasado y con el futuro. Al mismo tiempo supone analizar la contemporaneidad desde la perspectiva de la totalidad, es decir la interrelación entre las múltiples dimensiones de la realidad social y en relación a esto las vinculaciones con el Trabajo Social y las particularidades de la profesión en un momento histórico determinado" (Cavalleri, 2005: s/pág.).

La contemporaneidad atraviesa y conforma el ejercicio cotidiano de la profesión, puesto que afecta las condiciones y relaciones de trabajo de los profesionales como así también las condiciones de vida de los sujetos usuarios de los servicios sociales (Iamamoto, 2003).

El desarrollo de la profesión y de sus roles, se configura a través de un doble dinamismo: por un lado por las demandas que cada sociedad, en cada momento histórico, coloca a los profesionales. Mientras que por otro, las reservas teóricas y practico- sociales que viabilizan las respuestas a esas demandas (Netto, 1997)

De esta manera la intervención de la profesión en la división social y técnica del trabajo, les permite a los trabajadores sociales insertarse en la vida cotidiana de los sectores mayoritarios de la sociedad. Ocupando un espacio privilegiado para conocer la crudeza con la que se manifiesta la cuestión social. En tanto que el ejercicio de la profesión es una instancia de construcción de poder en torno a las actividades realizadas y sus sentidos. Para lo cual es fundamental superar la perspectiva que piensa el Trabajo Social desde adentro de sí mismo, ya que el presente nos desafía a superar las rutinas construidas para aprehender el movimiento de la realidad y detectar tendencias y posibilidades en esta presente que sean factibles de ser impulsadas por el profesional.

A modo de síntesis de estas ideas podemos decir que:

La intervención profesional es una categoría construida a partir de continuidades y rupturas, en el marco de un determinado proyecto societal y profesional.

El Trabajo Social es una profesión inscripta en la división social y técnica del trabajo, caracterizada fundamentalmente por su carácter interventivo. Tal afirmación supone una ruptura con concepciones metodológicas etapistas y voluntaristas, pero implica el desafío de

¹¹ Cuestión social, vida cotidiana y debates en trabajo social, tensiones, luchas y conflictos contemporáneos. Compiladores: Manuel W. Mallardi-Liliana B. Madrid-Adriana Rossi. 1ª Edición, 2011. Buenos Aires. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

operacionalizar la intervención profesional.

De esta manera se vuelve fundamental, en el contexto actual, re-pensar el Trabajo Social, recuperando por un lado, las demandas que la sociedad en este momento histórico particular realiza a la profesión, y por el otro, las posibilidades del colectivo profesional de responder a ellas (Netto, 1997).

En este sentido, uno de los mayores desafíos que se nos presentan es desarrollar la “capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y tornar efectivos los derechos, a partir de las demanda emergentes en el cotidiano. Ser un profesional propositivo y no solo ejecutor” (Iamamoto 2003:33).

TERCERA PARTE

**IV. ANALISIS DE ENTREVISTAS. REFLEXIONES SOBRE MI EXPERIENCIA
SUPERVISADA DE PRE GRADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACION.**

A partir de la reflexión devenida del proceso desarrollado durante la práctica pre profesional y de la consecuente exploración teórica realizada en este trabajo de tesis surge la siguiente aproximación hipotética y/o interrogante: *¿Es posible vincular la construcción histórica de la intervención en Trabajo Social, con las concepciones sobre la discapacidad? Considerando este vínculo ¿Qué reflexiones pueden plantearse hacia el horizonte que orienta la intervención?*

De esta manera se podría decir que; por un lado, comprender la intervención desde el Servicio Social supone reconocer la importancia de la función social de la profesión, la comprensión de la Cuestión Social, en tanto escenario de la intervención y la centralidad del Sujeto en el marco del reconocimiento de los derechos humanos, teniendo como eje vertebrador la transformación social.

Por otro lado, pero en el mismo sentido, se plantea que a la hora de pensar en la intervención en Discapacidad, lo que se pretende es romper con posturas que naturalizan las condiciones de la vida social al considerar como anormal, disfuncional o patológico las diversas expresiones en que los individuos viven sus vidas, y que deben ser readaptados para ajustarlos a los parámetros dominantes.

En este sentido el Servicio Social debe conducir sus acciones hacia una mirada crítica e integral de la Discapacidad en tanto hecho social históricamente construido. Actuando en pos de la emancipación, la igualdad, la accesibilidad y por la inclusión desde un lugar distinto y real de la personas con discapacidad. Para lo cual, considero que desde la profesión tenemos la oportunidad de disputar poder y de contribuir conjuntamente con la sociedad toda, en la generación de las condiciones objetivas que nos permitan una real autonomía, emancipación social y la eliminación de barreras sociales, políticas e ideológicas para tal fin.

Respecto de las entrevistas realizadas, se puede ver evidenciado los avances que se han ido sucediendo en nuestro país en relación a las formas de intervención que han tenido como horizonte la línea de los derechos. Se hace visible entonces la necesidad y la preocupación por hacer realizable y trabajar de manera conjunta (instituciones, personas con discapacidad, comunidad) en pos del acceso a los derechos, siguiendo a los distintos instrumentos, en el cual quedarían incluidas las normativas y no de manera inversa.

Si esto es así desde el Servicio Social, hay un avance desde la mirada crítica, ya que sin desconocer la política hay un reconocimiento del sujeto de derechos. Dejando de tener como prioridad solo lo normativo, y dejando atrás las formas instituidas de actuar para ir moviéndose hacia nuevas concepciones y nuevas formas de comprender y abordar la discapacidad. De esta manera, la orientación del vínculo y de la relación que se establecía desde una postura naturalista o fenomenológica con los sujetos, se está moviendo y dando lugar a un sentido más amplio al tener como norte los derechos humanos, haciendo pie en una realidad que es social, concreta e históricamente construida.

Esto nos lleva a que la persona con discapacidad en el seno de su vida cotidiana, sea considerada como parte de una realidad social atravesada por el contexto político, económico, cultural, etc. De manera conjunta se podría decir el modelo social de discapacidad se apoya en el desarrollo social en el marco de los derechos humanos.

**V.INFORME FINAL: Experiencia Institucional Supervisada realizado por
tesista: Cagliari, Yisela. Periodo: Junio 2010- a Junio 2011.Cátedra de
Supervisión. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Licenciatura en Servicio Social.
UNMDP**

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO REFERENCIAL

Concepto de Institución: usos y tendencias.

La gran variedad de definiciones y usos del concepto “institución” ha sido señalado por los sociólogos Hertzler, Znaniecki y Hanson, entre otros.

Dentro de las definiciones existentes los autores plantean cinco principales clases de usos:

1-Definiciones en términos de estructura cultural: En tal acepción, la “institución” es considerada como un haz de normas sociales interrelacionadas que se asocian con un núcleo de valores de alta prioridad y con una o más necesidades humanas básicas.

“Una institución es una forma reconocida de llevar a cabo alguna actividad en sociedad..., es una norma, como son norma los usos y costumbres populares y las leyes..., es un procedimiento establecido. Las instituciones exigen siempre asociaciones específicas que las sostengan...”

2-Un complejo de normas y valores institucionales: Para algunos autores las normas no pueden ser equiparadas a las instituciones. Una institución es, para ellos, “un conjunto de normas institucionales unidas en torno a un complejo de valores relativamente distinto y socialmente importante.

3- Definiciones en términos de sistemas de relaciones interactivas: Algunos sociólogos conciben la institución como un todo que consiste en las estructuras y relaciones sociales interactivas que son características de grupos y sistemas sociales .Esta acepción está enfocada hacia estructuras permanentes de posición y hacia las acciones organizadas de las personas relacionadas con tales posiciones. Así, cuando la interacción humana alcanza un grado suficiente de regularización se dice que es institucional. Al respecto Lee dice:

“...una institución puede ser definida como una red de procesos interhumanos relativamente continuos que inician y mantienen conexiones entre personas y grupos dentro de una estructura plural, con objeto de conservar esta estructura o de servir sus intereses...”.

4-Definiciones en términos tanto de estructura cultural como de relaciones interactivas: “Una institución... no es en absoluto un grupo, ya sea organizado o en desorden..., es una forma organizada de hacer alguna cosa”

5- *Definiciones en términos de estructura cultural, relaciones interactivas y objetos materiales:* La utilización de tal concepto consta de tres partes: a) estructura cultural, b) sistemas de relaciones interactivas, c) el significado de símbolos y objetos materiales que son esenciales para el funcionamiento institucional.

A saber nuestra profesión se desarrolla mayormente dentro o en relación con instituciones que se desarrollan en un área o campo determinados en las que, a través de la intervención y del accionar profesional se pone en juego la triangulación entre la demanda, la persona y los objetivos de tal institución.

Es así que se puede decir que toda institución surge de una necesidad a la que pretende satisfacer, produciendo un resultado, efecto o producto. A su vez toda institución es concreta, social, histórica y compleja. Concreta porque es real, existe; social porque son los hombres quienes le dan origen, desarrollo y sentido; histórica porque obedece a una necesidad y realidad concreta que la genera y tiene un desarrollo en tiempo-espacio; y compleja porque en ella se desarrollan una serie de actividades diversificadas, componentes de la tarea global de la misma, las que tienen también un grado de desarrollo histórico y determinan roles y funciones.

Así mismo, las instituciones siempre tienen un área de influencia, determinada por el flujo de derivación hacia ella y un área programática o de cobertura. Las cualidades de una institución dependen no solo de la naturaleza de la misma, sino que siempre son cualidades que emergen de las relaciones y condiciones interactuantes

Cultura Organizacional. La Organización como estructura de significados. Según Jorge Etkin.

Las relaciones entre los participantes en la organización se mantienen porque ellos construyen y consolidan con sus acciones cotidianas una red de significados. La organización aparece como un sistema de expectativas compartidas acerca de lo necesario lo deseable y lo posible en el ámbito del sistema, en el nivel requerido para su operación. En la construcción de significados intervienen factores ambientales, personales, culturales y las definiciones del rol organizacional.

La organización implica el uso compartido de símbolos, códigos y convenciones, es

decir, la instalación de una cultura que interviene como recurso y como marco de referencia para las acciones individuales.

A sí mismo en la organización se dispones de elementos explícitos e implícitos que forman el modelo sobre su propio funcionamiento.¹²

Elementos de la cultura organizacional

Según José Vargas Hernández, los elementos que forman la cultura organizacional son la suma imaginaria de valores compartidos por todos los miembros, el conjunto de maneras de pensar y los patrones conductuales. Toda cultura corporativa se manifiesta y se expresa de muchas formas según los elementos que la integran, los que pueden agruparse en cuatro tipos:

- | | | |
|----|-----------|----------------|
| 1- | Elementos | simbólicos. |
| 2- | Elementos | estructurales. |
| 3- | Elementos | materiales. |
| 4- | Elementos | conductuales. |

1-*Los elementos simbólicos* se manifiestan en imágenes, historias, lemas. Los significados simbólicos organizacionales son construidos por sistemas de signos, los cuales a través de diferentes procesos de representación senso-perceptivos de la realidad en las personas, producen las "vivencias" y la "conciencia" en sus mentes, que luego se traduce en comportamientos y acciones.

La cultura se involucra en las organización es y su administración al implicar el manejo de los símbolos a los que las personas asocian significados.

Algunos de los símbolos organizacionales son las cartas organizacionales, ritos, rituales, arquitectura corporativa. (Eisenberg y Riley: 1988) lista como símbolos representativos los logotipos, imágenes visuales, historias, metáforas, lemas acciones y no acciones.

¹² La cultura de las Organizaciones Sociales. Jorge Etkin.

La eficacia de los significados simbólicos está estrechamente ligada al grado en que son aceptados y compartidos por los miembros de la organización.

2- *Los elementos estructurales* se relacionan con los aspectos formales de la organización, como por ejemplo: niveles de autoridad y decisión, establecimiento de normas y políticas, estrategias, procedimientos, tramos de control y jerarquías.

En el establecimiento de la misión organizacional se deben incorporar los valores fundamentales para que sean transmitidos e identificados por todos los miembros para que lo incorporen a sus actividades, así como a todos los interesados en tener algún tipo de trato con la organización.

El establecimiento de normas, reglas o estándares debe hacerse siempre por escrito y darse a conocer a quienes obligan su observancia, a fin de que sean aceptadas por todos los miembros de la organización, especificando los detalles de las conductas que deben ser observadas, así como las recompensas para las conductas apropiadas y los castigos para las conductas inapropiadas. Cuando las normas son flexibles, se les conoce como políticas y pueden estar escritas o no.

Los significados de los elementos simbólicos de una cultura organizacional pueden ser manejados para la facilitación de cambios en eventos "disparadores" como por ejemplo. la fusión y adquisición, mayores reorganizaciones, cambio de directivos, periodos de crisis no anticipadas, etc.

3- *Los elementos materiales* de la cultura organizacional se manifiestan en las instalaciones, mobiliario, equipo y otros recursos físicos.

4- *Los elementos conductuales* que se manifiestan en la cultura organizacional, están relacionados con el comportamiento humano, como los sistemas de motivación, comunicación, liderazgo, procesos de toma de decisiones. etc.¹³

Estructura y Dinámica:

En el marco organizacional el concepto de estructura se refiere al modo de relación espacio-temporal entre las partes, las funciones y actividades en las organizaciones complejas, para un momento dado. Estos modos de relación son estructurantes de los comportamientos individuales, y al mismo tiempo existe el fenómeno de acople con otros

¹³ Cultura de las Organizaciones Sociales. Jorge Etkin.

sistemas. (Ej. La adaptación al medio ambiente).

Las estructuras que se manifiestan en el aquí y el ahora, son algunas de las configuraciones entre la variedad posible de estructuras. A esta variedad posible se la reconoce como plasticidad estructural de los sistemas. En este sentido, las estructuras no son solo los modos de relación y las reglas de transformación que se observan en el presente de la organización, sino también las consideradas o percibidas como posibles por los participantes y que forman parte de sus conductas alternativas.

La estructura, en tanto modo de relación instituido o establecido, condiciona en una medida variable la posibilidad de elección para los participantes, y esta variación tiene que ver con el atributo de plasticidad de las estructuras organizacionales. Una parte de las innovaciones de la organización sobre las propiedades individuales se realiza de esta manera, sino que también, en forma simultánea, son promotoras de innovación.

Las estructuras son estabilizadoras en el sentido que permiten absorber y compensar las fluctuaciones menores en el funcionamiento de la organización, tales como las derivadas de crisis locales y transitorias.

Son innovadoras en el sentido que, las estructuras incorporan los cambios y transforman los modos de relación entre los participantes. Estos aspectos estabilizadores y también innovadores nos muestran la manera como las estructuras intervienen en los procesos de cambio no planeado de las organizaciones complejas.¹⁴

La Dinámica Instituido-Instituyente

El orden instituido hace referencia a aquello que no siempre está formalizado y es visible, dado que en las organizaciones concretas muchas relaciones y formas de operar exceden los códigos, leyes y reglas escritas.

En este sentido las relaciones instituidas en cada organización consisten en el entrecruzamiento de las instituciones como modos de regulación social, en cada situación específica. Por ejemplo, en las relaciones entre profesores y alumnos están presentes aspectos ideológicos, culturales, religiosos, económicos y políticos, que actúan como sustento de los reglamentos, órdenes y tecnologías en uso. Este entrecruzamiento o transversalidad de las instituciones sobre organizaciones y grupos, constituye una dimensión oculta en el

¹⁴ Cultura de las Organizaciones Sociales. Jorge Etkin

funcionamiento. A su vez, esta noción de transversalidad implica que determinados modos de hacer y de pensar que existen en la sociedad global, se instalan en los modos de relación instituidos entre participantes de diversas organizaciones. Por ejemplo, en la relación supervisor operario o en el vínculo médico-paciente se encuentran el concepto de autoridad, el derecho a la propiedad, la prevalencia del estado, la obligatoriedad de las leyes, la sanción por incumplimientos. Estas reglas y valores no están explícitos en el contrato de trabajo o en la admisión a un hospital, pero se enseñan y se respetan más allá de la actividad que se está desarrollando.

A su vez, la estructura de las organizaciones se caracteriza por la coexistencia de pares antagónicos, tales como el orden, el desorden, lo permanente, lo discontinuo. Esto significa que en sus relaciones los miembros van generando intereses, acciones y valores que se oponen respecto de las normas instituidas. Estas fuerzas antagónicas se definen como la actividad instituyente de los miembros y de las unidades básicas que componen la organización. Lo instituyente proviene de enfrentamientos de intereses, con una visión de disfuncionalidad de ciertas acciones, de la innovación tecnológica, es decir, se reconoce como fuente tanto la actividad racional, como también el azar y la imprevisión.

Existe por lo tanto un orden dominante que se refleja en la estructura establecida. Pero también las relaciones estructurales en el aquí y el ahora implican la negación persistente de lo instituido por lo instituyente.¹⁵

Poder y Autoridad

Desde la perspectiva de las organizaciones, la imposición de una racionalidad dominante por sobre otras racionalidades (individuales y grupales) constituye un acto político esencial porque permite a los integrantes de una organización percibir la localización, la magnitud y dirección del poder. El ejercicio legítimo del mismo (es decir, de acuerdo a las reglas vigentes) permite, además, integrar las divergencias individuales.

Los modos de acción surgidos como transacción entre racionalidades heterogéneas se orientan hacia la aceptación de las prescripciones emanadas del poder que, en función de una situación concreta, los participantes perciben como legítimo y efectivo. La legitimidad asume así un carácter utilitario, la noción de poder desempeña un rol productor de acciones y se constituye en un principio estabilizador de las relaciones, aun cuando también implica

¹⁵ Cultura de las Organizaciones Sociales. Jorge Etkin

una oposición latente y continuada.

En el dominio de las relaciones, el poder no es una expectativa sino un modo de acción, y como tal se ejerce en la cotidianidad de las prácticas en el trabajo. Las relaciones de fuerza a las cuales se hace referencia no se dirimen en los actos trascendentes sino en la rivalidad de los escritorios o salas de hospital, en la retención de la información diaria, en las relaciones cara a cara y entre grupos que entablan a cada instante en los lugares de trabajo.

Las relaciones de poder se concretan en el condicionamiento de las acciones cotidianas de los individuos, pero las fuentes de estos condicionamientos pueden ubicarse en distintos niveles según la amplitud del enfoque utilizado por el observador. En este sentido, es posible hablar de fuerza de que ejerce la organización (poder organizacional), la presión de los grupos sobre sus componentes (fuerzas cohesivas), las relaciones en el grupo (el liderazgo), los vínculos entre pares de individuos (vínculos personales). Desde una perspectiva más amplia y abarcadora, observando a la organización en su entorno, hablamos de poder reconocido y emanado del orden instituido.

A sí mismo los vínculos de poder en las prácticas cotidianas son la materialización u objetivación de las relaciones desiguales que las instituciones reconocen y establecen.¹⁶

El Servicio social: origen. Evolución, diferentes perspectivas

Seguendo a Natalio Kisnerman, puede decirse que el origen del Servicio Social como profesión viene de la mano de Mary Ellen Richmond, nacida en Belleville Illinois, EE.UU, en 1861.

Quien en 1889 ingresa como tesorera asistente de la Sociedad para la Organización de la Caridad, entidad civil protestante, dedicada a la filantropía. En 1891 se incorpora al equipo de “visitadoras amigables”, grupo de mujeres que atendían problemas sociales en los barrios obreros. En 1893, comienza a estudiar sociología y filantropía, influenciada entonces por William James, John Dewey, G.Mead, Freud. etc.

En 1898 crea la escuela de filantropía en Nueva York. En 1917 dio origen al libro Social Diagnosis, formulando por primera vez una teoría del Trabajo Social, apoyada en más de 17

¹⁶ Cultura de las Organizaciones Sociales. Jorge Etkin

años de investigación. Así en 1918 la escuela de filantropía pasa a denominarse Escuela de Trabajo Social.

Se puede decir que es ella quien establece las bases para una nueva profesión, y va decir que el objetivo del Trabajo Sociales "EDUCAR a través de un programa de participación que permita al cliente compartir con el trabajador social la responsabilidad de las dediciones a tomar"; "educar democráticamente", entendido por democracia "un habito cotidiano", "la igualdad en compartir cosas en común, en igualar las posibilidades de éxito de todos".

Por su parte, Carballada va a decir que el trabajo social se fue construyendo históricamente en base a una serie de cuestiones que podrían sintetizarse conceptualmente como "discursos del otro", los cuales se constituyeron dentro de la modernidad como fundamentos y aplicación del disciplinamiento de determinados sectores de la sociedad.

La intervención del trabajo social, fue constituida artificialmente, es decir, como espacio preconcebido de manera artificial, desde los imaginarios sociales y desde la visión que se tiene del corpus de conocimiento y posibilidades de acción del trabajo social, uno de los resultados de su devenir histórico es que ese espacio artificial se percibe como "natural".

El acto fundador de la intervención es la demanda y esta se encuentra fuertemente naturalizada. En este sentido el trabajo social, ya instituido como práctica profesional, surge de la necesidad de repara fracturas sociales, desde in espacio presentado como neutro, casi a-histórico; reparaciones que no alteraban en lo esencial la lógica de fondo que las generaba, en una especie de entrecruzamiento entre las nacientes ciencias sociales y la filantropía...."es como si el trabajo social se hubiese movido desde su institucionalización, en el último tercio del siglo XIX(en el marco del Estado Interventor) , en el interior de una ambivalencia que se ha perpetuado hasta la actualidad: era preciso promover el cambio pero sin alterar el orden; era necesario intervenir pero sin que los especialistas en la práctica llegasen a poseer las claves ultimas de su intervención"¹⁷

Líneas de evolución de los modelos teóricos para la práctica del trabajo social.¹⁸

El trabajo social ha buscado en el transcurso de su historia, elaborar modelos para la práctica, cumpliendo una mediación entre las ciencias sociales y la propia praxis. Esto es,

¹⁷ÁlvarezUria,F-Varela,J.págs. 170y 171

¹⁸María Dal Para Ponticelli.

como definir el objeto principal de análisis y de intervención (el individuo, el ambiente social o ambos).

Inicialmente, el interés se centraba en los condicionamientos ambientales; luego, durante los años veinte, sobre todo con Mary Richmond y bajo la influencia de las ideas freudianas, se acentuó el estudio de la personalidad humana y se desarrolló un modelo de *Casework* que dio vida a una orientación que se llamó “Escuela Diagnóstica” para subrayar el hecho de que el elemento central estaba constituido por el diagnóstico psicológico de la personalidad como fundamento para la intervención del trabajo social.

Posteriormente, los modelos operativos del trabajo social que se han desarrollado, han mostrado un mayor interés por los aspectos psicosociales de la personalidad y por los aspectos estructurales que sobre ella influyen, especialmente en la relación que se crea con la entidad asistencial y sus operadores.

El impulso hacia la elaboración de estos diversos modelos operativos del trabajo social ha venido, en parte, de la crisis económica de los años treinta y de las consecuencias que tuvo sobre la elaboración de proyectos asistenciales públicos y privados realizados precisamente a través de entidades asistenciales. Pero también en gran parte de las ideas neo freudianas que, superando el determinismo de Freud, valorizan aspectos más propiamente psicosociales, interaccionales de la personalidad y sobre todo afirman la posibilidad de que “el Yo libre de conflictos” interactúe también con el ambiente, en base a un dinamismo interno que lo motiva y lo empuja a realizarse a través de la relación con los otros.

Se llega así a un modelo funcional que fue influenciado sobre todo por las ideas de Otto Rank e inicialmente elaborado por Virginia Robinson.

Con posterioridad, sobre todo desde los años cuarenta a los sesenta, maduro en nuevo modelo de trabajo social, el psicosocial, en el que confluyeron tanto las ideas de los neo freudianos, como Ana Freud, Karen Horney, Erikson o Sullivan, como las de aquellos que comenzaban a elaborar una línea de pensamiento que, bajo el nombre de psicología humanista, como Rogers y Maslow, insisten sobre todo en reconocer en la persona una serie de potencialidades que pueden ser desarrolladas si se logra encontrar un terreno de cultivo favorable en el propio ambiente familiar y social.

También fueron recogidas con interés las ideas de la psicología social, la antropología cultural y la sociología en torno al concepto de rol y status, entendido como el conjunto de

expectativas y de modelos de comportamiento que deben encontrar una interacción recíproca. Se sostienen también las ideas elaboradas en esos años por la corriente conductista o comportamental, que se orientaba hacia teorías más cognitivas que dan por ello importancia las variables cognitivo-emocionales de las relaciones estímulo-respuesta y que, por lo tanto, superando en parte los aspectos, más deterministas del comportamiento clásico (Bandura, Ellis, Scheerer, etc).

En el trabajo social de esos años, se encuentran una serie de modelos teórico-operativos que, reelaborándose con las mismas ideas de fondo, diferían por algunas acentuaciones que cada autor subrayaba.

Son, en efecto, de la misma época los estudios sobre el modelo de trabajo social individual elaborados por R. Perlman (1957), por F. Hollis (1964) y por R. Smalley (1967).

Cabe destacar que todos estos modelos parten todavía de un enfoque médico, es decir, del supuesto de que se debería tener una patología para curarla.

Caso social individual familiar desde la orientación psicosocial.¹⁹

El enfoque psicosocial desde la perspectiva de redes, en la intervención individual-familiar, conjugaba en modelo "Problem Solving" (solución de problemas. Hellen Perlan) con una aproximación a las redes sociales donde se hace uso de estrategias como el "linking" (enlace- vinculación).

En el plano individual mira la posición del sujeto respecto del problema emergente, tomando del "Problem Solving" la visión de vida cotidiana como un proceso de resolución de problemas que generalmente la persona afronta con naturalidad. Cuando no puede superarlos se debe a limitaciones psicofísicas, económicas o de relación interpersonal. Importan su capacidad de afrontamiento, sus posibilidades para la utilización de los recursos (internos y externos) y su disponibilidad para el cambio, así como las interferencias que repercuten en el desarrollo de su proyecto vital, afectando a todos los ámbitos de su vida cotidiana.

En el plano familiar la mirada está orientada a la generación de sostén social. Refiere a la teoría del "Soporte Social" que apela a las redes como satisfactores de necesidades

¹⁹Ficha de cátedra de Supervisión. Beatriz Castellanos. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. Año 2010

afectivas, materiales, informativas a partir de la identificación de vínculos fuertes y positivos (vigentes o potenciales) que permitan el acceso a bienes instrumentales como los materiales y los servicios de bienes intangibles como el afecto, la seguridad, la proyección. En la red social, entendida como una estructura configurada por instituciones formales e informales, se identifican las redes naturales del sujeto para promover su autonomía en la confrontación con las redes primarias, tomando como referencia la perspectiva psicodinámica.

Persona en Situación. Ambiente

Perlman va a definir a la persona como un todo, que opera como una entidad físico-psíquica y social-pasado-presente-futura, que es lo que lleva consigo en cualquiera de las situaciones que la vida le hace afrontar.

La autora va a decir, que es necesario conocer los hechos de la vida cotidiana del cliente, las realidades que actúan sobre él moldeándolo y conmoviéndolo. El especialista tiene que estudiar la manera de modificar tal realidad, de suerte que el trauma y la frustración que hoy experimenta el cliente no resuciten antiguos problemas, ni creen en él nuevos desajustes emocionales, Además tiene que descubrir en el ambiente que lo rodea, recursos que enriquezcan su vida.

A si mismo se debe considerar que el individuo es el producto de la acción recíproca con sus otros significantes, quienes son afectados por este, y lo afectan; su ambiente y las distintas situaciones que determina o influyen en su comportamiento, sus actitudes y la manera en que éste afronta y resuelve sus problemas.

Familia y Redes Sociales

“La Familia”²⁰

En relación al concepto de familia se puede decir que 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.

En el momento que estamos viviendo no hay un único modelo de familia, sino que la vida familiar está caracterizada por la diversidad; por ese motivo no es posible una definición abarcativa de estas divergencias.

²⁰ La Familia, constructora de destinos personales y sociales en el ámbito de la discapacidad. Enrique Garrido Ramírez.

En este sentido, lograr una definición de familia se hace muy difícil cuando nos enfrentamos con las variaciones mencionadas anteriormente que ha presentado la familia, y en el momento actual cuando asistimos a formas alternativas de ser familia o diferentes acuerdos de vida doméstica.

Por lo tanto pienso que no existe una definición única y abarcativa de familia. De todos modos, podríamos intentar acercarnos a una concepción partiendo de la caracterización de familia que ofrece la Organización Panamericana de la Salud (OPS): "La familia es el entorno donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas, especialmente el de los niños. Pero la familia es mucho más que cuidado y apoyo mutuo; es el espacio donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Los más profundos sentimientos tienen fuente en la familia; lo mejor y lo peor tienen lugar en ella."

La familia tiene en sí el potencial para enfermar o para curar. O sea, puede ser un entorno íntimo, confiable, de amor, de apoyo, contención, compasión, felicidad, crecimiento y desarrollo integral de sus miembros.

También puede ser fuente de miedo, inseguridad, infelicidad, odio, dolor profundo, y hasta ser un entorno peligroso para la salud mental y/o física de quienes forman parte de ella.

En cuanto institución social, se señalan entre sus funciones la de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros.

En este sentido esta trama vincular es la matriz de la constitución psíquica del individuo, de su nacimiento como sujeto, y donde adquiere progresivamente su identidad.

También la familia es el vehículo de transmisión de los valores familiares, de las tradiciones, los mandatos, los legados.

La familia en el contexto actual, sus transformaciones²¹

La familia no es una entidad estática, sino una organización abierta que está en un proceso continuo de transformación a través del tiempo, sometida en forma constante a demandas de cambios de dentro y de fuera.

²¹ La Familia, constructora de destinos personales y sociales en el ámbito de la discapacidad. Enrique Garrido Ramírez.

Como expresión de estas características dinámicas del sistema familiar tenemos, por ejemplo, todas las transformaciones que se han dado en su seno en el siglo XX y que se siguen dando en la actualidad.

Se ha producido un quiebre del modelo de familia tipo: madre padre e hijos, todos viviendo bajo el mismo techo y con la protección patriarcal.

Si bien en la década de los 50 ó 60 se hablaba de la posibilidad de desaparición de la familia. Sin embargo se puede decir que la familia no ha desaparecido, sino que ha variado su concepción, y el modelo tradicional de familia ha sido reemplazado por una pluralidad de formas de vida familiar. Podemos hablar de variantes, de cambios que no necesariamente implican fin o liquidación.

Estos cambios acontecidos a nivel del grupo familiar no constituyen patologías sino marcas ineludibles de la historia.

Se ha perdido la idea de familia como una unidad o totalidad inamovible. Hoy están surgiendo nuevas formas de transición entre esta familia y nuevas configuraciones de destino aún incierto.

El desarrollo de la familia estará siempre sujeto a sus interacciones con el medio; hay una influencia permanente de los contextos sociales, históricos y culturales en los cuales la familia está inserta.

Redes Sociales.”El hombre como ser social” ²²

Desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte los seres humanos formamos parte de grupos sociales. Estos grupos se van modificando con extensión, calidad y cantidad, a medida que la vida transcurre.

La cualidad social es inherente al ser humano, no solamente como necesidad rotunda de continuidad, sino como elemento insustituible para que la misma se concrete.”El proyecto de vida solo es posible como consecuencia de un vínculo con los otros” (Alfredo Moffat-1991).

“La Red Social” es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia.

²² La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Carlos E. Sluzki. Gedisa Editorial

La dinámica de las Redes Sociales” se instituye por el contexto al que pertenece cada una.

Se entiende por contexto “al marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos”. De acuerdo a este marco las redes sociales se clasifican en

- Primarias.
- Secundarias
- Institucionales

Tomando la familia como la unidad básica a partir de la cual se expanden los otros conjuntos humanos que forman la “red”, se define entonces como “**Red Primaria**” al mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona.(Carlos Sluzki-1996)Las “redes primarias” se expanden hacia los campos sociales mediatos, en un entrecruzamiento de “relaciones” que se definen desde la mayor cercanía, hacia una distancia creciente; desde el contacto directo: “cara a cara”, hasta un contacto menos personal.

Dentro de este “mapa mínimo” según la clasificación de Sluzki, se inscriben tres áreas:

1-Un “circulo interior de relaciones intimas”, tales como miembros de la familia nuclear y de la ampliada.

Familia: La familia desarrolla su dinámica dentro de su ámbito interior, pero paralelamente recibiendo constantes influencias de los sectores externos a ella.

La familia constituye en si misma, la “red mínima” en el ámbito de las relaciones primarias. Como tal es “la menor porción de tejido relacional” con el cual contar como red de apoyo y sostén. A través de la autogestión la familia se autoabastece de recursos emocionales, económicos, afectivos y sociales. A pesar de este autoabastecimiento, necesita de la interrelación con el afuera, y del intercambio con otros sistemas humanos que le brinden elementos que esta “familia nuclear” no alcanza a arbitrar.

La familia nuclear es aquella que esta integrada por padres e hijos.

La familia Ampliada esta incluida dentro de las redes primarias pero formando parte del “macro-sistema familiar” integrada por familiares que no corresponden a dicha familia

nuclear (abuelos, tíos, primos, cuñados y familia política).

2-“Un círculo intermedio de relaciones personales” integrado por amigos y familiares intermedios, precisamente por conformar el exo-contexto, la amistad brinda respecto de la conducta una condición si paralelo: “el aprendizaje de la elección”.

3-Un “círculo externo de relaciones ocasionales” caracterizado por un menor grado de compromiso, sin intimidad, formando relaciones profesionales o laborales, compañeros de estudio, vecinos.

Se incluye así en la interrelación familiar, el vecindario, entendido como “el área mínima de entrecruzamiento, respecto del área total que comprende una ciudad o municipio.

Las “**Redes Secundarias**” son aquellas que tienen lugar en un contexto mas lejano a este grupo primario y que se rigen por una menor proximidad, cuya “operacionalidad es mas borrosa” (Carlos Sluski-1996). Están situadas en el mundo externo de la familia.

En ellas encontramos a:

- Grupos Recreativos
- Relaciones Comunitarias y Religiosas
- Relaciones Laborales o de Estudio.

Por ultimo se encuentran las “**Redes Institucionales**” que integran también las redes secundarias, ya que se hallan en una disposición exógena”. Su distancia en cuanto al criterio de la relación, es mayor y el trato con las mismas es indirecto.

Estas redes se van incluyéndoles de el mundo externo familiar, ante el desarrollo de los diferentes ciclos evolutivos; la necesidad de incorporar recursos, para desarrollar funciones que la familia no esta capacitada de implementar o para satisfacer necesidades puntuales o resolver determinadas problemáticas, que necesitan de la especificidad de sistemas mas complejos y profesionales.

Componen las mismas:

- Escuela
- Hospital o Equipos de Salud

-Sistema Judicial

De como estas tres áreas se compaginan, depende el resultado del cuerpo social y la eficiencia colectiva e individual de cada hombre, respecto de su posición como parte de una totalidad.

Campo Salud

A modo de introducirnos en este eje, me parece relevante poder tener un breve acercamiento a la noción de “CAMPO” planteada por Pierre Bourdieu, a fin de poder profundizar en este concepto y luego poder analizarlo mas globalmente desde el “campo de la salud” mas específicamente.

En este sentido el autor dirá que “los campos sociales” son definidos como *“espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias”*. Más allá de las particularidades inherentes a la conformación de cada campo y a la especificidad que los involucra; podemos distinguir leyes generales, leyes de funcionamiento invariables válidas para los diferentes campos, independientemente de la disimilitud que puedan tener los distintos campos. Estas leyes generales están ligadas y logran ser comprendidas a través de otros conceptos tales como *posición, capital, interés, espacio social*.

Los campos se presentan como *“sistema de posiciones y de relaciones entre posiciones”*, se trata de espacios estructurados de posiciones que se definen a partir de lo que está en *juego* y los *intereses* específicos del mismo, es decir para que funcione un campo *“es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que este dotada de los **habitus** que implican el conocimiento y el reconocimiento de las leyes inmanentes al juego...”*

La estructura de un campo se da a partir del estado de la distribución del capital específico que allí está en juego, cómo así mismo determinan la estructura las relaciones de fuerza entre los agentes o instituciones comprendidos en el juego y las luchas para transformar o conservar la estructura del juego que conlleva, luchas implícitas por la imposición de una definición del juego.

Como señalábamos en un principio existen diversos campos que cuentan con una especificidad particular, esta especificidad se distingue por el tipo de **capital** que está en

juego dentro de los campos sociales; el objeto central de las luchas y el consenso en cada campo está constituido por una de las diferentes variedades de de capital. Cuando hablamos de capital nos referimos a un *“conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden”* (desprendiendo está definición de la concepción solamente económica y extendiéndola a cualquier tipo de bien susceptible a su acumulación.) No todo bien constituyen un campo, tiene que ser un bien por el cual haya determinado *interés* por su acumulación.

Hay distintas variedades de capital, se distinguen a parte del capital económico, el capital cultural, el capital social y el capital simbólico. Tomamos aquí el concepto de capital social el cual está ligado a un círculo de relaciones estables, se define como *“...conjunto de los recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de inter-conocimiento o, en otros términos, a la pertenencia a un grupo, como conjunto de agentes que no solo están dotados de propiedades comunes (...) sino que también están unidos por lazos permanentes y útiles”*

A estos tres tipos de capital es necesario agregar el capital simbólico, que es la forma que uno u otros de estos tipos reviste cuando es apreciada a través de categorías de percepción que reconocen la lógica específica o, que desconocen lo arbitrario de su posesión y su acumulación.

Dentro de los campos o subcampos se produce una pugna por el capital que se encuentra en juego y el cual define la estructura de las relaciones de dicho campo o sub campo, vigente como poder fundamental y como lo que está en juego especialmente en ese mercado específico; podría decirse que hay tantas fuentes de poder como recursos se puedan acumular. Los agentes comprometidos en un juego pueden luchar para aumentar o conservar su capital de alguna conforme con las reglas tácitas del juego. Pero también pueden trabajar en modificar parcial o radicalmente algunas de esas reglas de juego.

Dentro del análisis de los campos sociales como mercados de capitales específicos implica una redefinición del concepto de *interés* para extenderlo a todas las prácticas sociales. Puede decirse que en todo campo, en tanto producto histórico, engendra y activa una forma específica de interés, que es la condición de su propio funcionamiento. Por lo tanto hay tantos intereses como campos. Podemos distinguir dentro de este concepto a los intereses conceptualizados como *genéricos*, asociados al hecho de participar en el juego, es

decir a la existencia misma del campo y lo tienen en común los agentes comprometidos en dicho campo: fundamentalmente, es un acuerdo acerca de lo que merece ser objeto de lucha.²³

Evolución Histórica del concepto Salud.

A lo largo de las diferentes épocas la concepción de Salud-Enfermedad ha ido variando de acuerdo a los paradigmas dominantes de cada uno de los períodos históricos. Ambos conceptos no pueden ser pensados sin tener en cuenta la realidad o el contexto en que fueron concebidos.

Durante la época del paleolítico se concebía que la pérdida de Salud y por consiguiente, la contracción de la Enfermedad era causada por espíritus, agentes sobrenaturales y hechiceros. **La enfermedad se veía como lo malo**, como lo trasgresor, como un reproche del más allá que significaba la mala suerte, la culpa, el castigo de los dioses; a consecuencia de esto, existía una íntima relación con los rituales y las creencias religiosas.

Hipócrates en el siglo V a.C. quién cambia la concepción anterior al afirmar que **la enfermedad es causa de las realidades terrestres, y no un maleficio o castigo de los dioses**. Esto marca el abandono de lo místico en aras de lo científico, ya no lo mitológico sino lo empírico. Adquiere así la Medicina una característica fundamental: es necesario estudiar al sujeto desde una observación clínica, considerándolo como un ser social. Según Hipócrates “para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al individuo en su estado normal y en relación al mundo en que vive, al mismo tiempo las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio exterior y social”.

En el 950 después d.C se consolida la teoría de los humores corporales: sangre, bilis, pituitas (Secreción de las mucosas y especialmente de la nariz; moco). y melancolía. La salud del organismo depende del equilibrio de estos cuatro humores que a su vez está influida por condiciones naturales-ambientales, por tanto, **la salud se**

²³Gutiérrez, Alicia B; Las prácticas sociales: una introducción a P. Bourdieu.

determinaría por la estabilidad entre el hombre y su medio, mientras que la enfermedad surgiría de la ruptura de esa persistencia.

En el siglo II d.C Galeno, médico griego, consolida en la práctica, la teoría de Hipócrates, sintetiza conocimientos anatómicos y sistematiza el interrogatorio clínico, iniciando la técnica de la semiología. Los romanos desarrollaron el conocimiento griego, pero además iniciaron acciones a nivel ambiental mejorando las condiciones sanitarias, lo cual se constituyó en la base para lo que hoy se considera la Salud pública.

Es en el siglo IV d.C que se cambia radicalmente el concepto de Salud, apareciendo ésta como un elemento de salvación más espiritual que físico. **El dolor y el sufrimiento se consideran una prueba a superar**, ya sea para salvarse o como castigo de los pecados cometidos.

Se da cierto valor positivo a la enfermedad como vía de acceso a la salvación eterna, prohibiéndose la experimentación e investigación científica. Durante la Edad Media se mantuvo en pie esta concepción de Salud-Enfermedad como consecuencia del dominio del cristianismo tanto en lo cultural como en lo ideológico y lo intelectual.

En el Renacimiento la manifestación fundamental fue el realismo marcado por la preocupación de los problemas de esta vida más que por los metafísicos. El pasaje del feudalismo al capitalismo ocurre a partir de la revolución industrial y la aparición del Iluminismo, del surgimiento de las nuevas ideas. Se produce así una diferenciación del hombre con el instrumento hasta entonces confundidos.

Surge un nuevo modelo, el llamado “mecanicista” trayendo como consecuencia que el hombre sea asemejado a una máquina en cuanto a su funcionamiento y las leyes que lo rigen. Es a partir de esta analogía que la salud es considerada como la estructura mecánicamente completa y fisiológicamente silenciosa del cuerpo humano (según Claude Bernard), por lo tanto su opuesta, la enfermedad, es concebida como la falla estructural o disfuncionamiento, teniendo esto una única causa, ya que una máquina funciona bajo la premisa causa-efecto.

Como todo paradigma, al ser insuficiente frente a nuevas exigencias y problemáticas, cae trayendo como consecuencia el surgimiento de nuevas interpretaciones y enfoques

acerca de la salud y por lo tanto se construye una nueva concepción, una nueva visión, un nuevo paradigma.

Hasta el siglo XX predomina un concepto de salud relacionado a la ausencia de enfermedad, la salud por la negativa. Esto implicó que para cada situación debería conocerse el **límite entre lo considerado “normal” y “lo patológico”**, algo que no siempre es posible. La ausencia de la mejora de salud de las poblaciones llevó a plantear otras concepciones sobre la salud, y es así que en 1946 la OMS define la salud “como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de bienestar y enfermedad, quedando siempre librada la decisión a los individuos y la Comunidad en un espíritu de auto responsabilidad”.

Diferentes Paradigmas o miradas sobre el concepto de Salud.

Desde la Teoría Estructural Funcionalista y acuerdo a lo propuesto por Talcott Parsons, la “salud”, esta posicionada dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad. Por lo tanto, un nivel demasiado bajo de salud, dentro de un sistema social, es disfuncional para la sociedad en su conjunto. Para el autor, el problema de la salud se encuentra especialmente organizado en relación con pautas de “rol”. Destaca también los problemas y necesidades de la institucionalización de la profesión médica, la cual tiene como tarea el “curar” al individuo enfermo, para de esta manera poderlo integrar como parte “funcional” del sistema social, pudiendo, así, cumplir su “rol” dentro del sistema.

La posición ecologista, hace hincapié en que el proceso Salud – enfermedad” depende en su medida, de las condiciones adaptativas del individuo con relación a su medio ambiente (frío, calor, humedad etc.). El hombre se encuentra sometido a la “variación”, en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas e inmunológicas no admiten un modelo fijo. La concepción de “salud”, involucra ideas de “balance” y de “adaptación”. La salud es consecuencia del equilibrio entre el hombre y su ambiente, es un producto de la interacción continua entre el organismo y el exterior.

Perspectiva histórica-social en Argentina

A lo largo de las diversas etapas históricas, de acuerdo al modelo de intervención en el campo de la salud imperante, ha habido diferentes formas de entender y conceptualizar la salud.

Durante la etapa del Estado Moderno Argentino las prácticas que intervienen en lo social tuvieron un papel clave en la mediación, entre individuo, sociedad y comunidad. Con el modelo liberal positivista que se desarrolla entre 1900-1910, la salud adquiere una concepción biologista que no incluye ni lo psicológico ni lo social, sino más bien, se lo asocia a una noción de debilidad de la raza. Teniendo en cuenta que la corriente antropológica dominante de la época era la Evolucionista -la cual se basaba en la teoría de las especies de Darwin- esto no resulta tan insólito.

Se podría afirmar que la enfermedad existe si es tangible, verificable y observable. Se considera al sujeto como un ser meramente pasivo. Basándose en la corriente positivista se construyó una “noción de observación”. Esta estaba orientada a la búsqueda de lo desviado y moralmente incorrecto: “La observación en tanto intervención se orienta, a describir, interpretar y justificar situaciones tomando elementos de la biología. La escena familiar será descrita casi como en una fotografía, pero lo novedoso del procedimiento es que este se inscribe tanto en el observador como en quien es observado y que este se desarrolla con una finalidad determinada: transformar situaciones, moralizar, corregir dentro de los preceptos de la forma de comprender y explicar lo social que el positivismo sostiene desde sus postulados más fuertes. La observación debía atravesar los cuerpos, descifrar las miradas, entender el sentido de la vestimenta, realizar una meticulosa mirada de las habitaciones de la pobreza” (Carballeda: 2006) Entonces, la intervención, se podría decir, se basaba en tres aspectos básicos: Vigilancia –en tanto observación-; el registro -confiriéndole un carácter documental- y la inspección -como expresión de la visita domiciliaria.

Los focos de la intervención estaban puestos en la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el alcoholismo (que eran parte de esos “gérmenes sociales”); a partir de esta observación se realizaban informes bajo un lenguaje medicalizado.

El principio del siglo XX estuvo cubierto de crisis sociales, la aparición del anarquismo y del socialismo en Argentina provocó una sucesión de huelgas y enfrentamientos con la policía, que llamaron la atención de la oligarquía. Aquí aparece la “criminología” encargada

de encontrar similitudes físicas entre estos “inadaptados sociales” para armar teorías acerca del reconocimiento de los que poseían estas conductas inapropiadas.

Tras muchos conflictos en 1916 se sanciona la ley Sáenz Peña que promulgaba el voto universal, secreto y obligatorio; aunque con sus limitaciones, esta ley rompe con la dicotomía liberal y posibilitan la aparición en la escena política de nuevos actores.

“La asistencia social (Dr. Repetto 1935) realiza esencialmente estas dos funciones: primero, vigila a los enfermos en sus domicilios y practica en estos encuestas de carácter económico, social e higiénico, encaminadas a obtener normas de conducta por el conocimiento complejo del medio propiamente que viven aquellos, segunda propende a la educación cultural, higiénica y técnica de los enfermos a fin de hacer del periodo de la enfermedad, generalmente ocioso y estéril, un momento de la vida tan bien aprovechado para adquirir algunas nociones útiles, desarrollar alguna capacidad técnica y trabajar en una tarea compatible y remunerada” (Carballeda, Touze, Rossi, De Marco: 1988).

En 1960 el modelo tecnocrático normativo afirmará que la salud y la enfermedad representan variaciones de un mismo proceso de relación entre un ser determinado y los estímulos del medio; se consagra así la teoría de multicausalidad de la salud/enfermedad, la cual rompe el esquema simplista, por no responder este último a necesidades del sistema en el campo de la epidemiología.

En los años sesenta se presentaron importantes cambios sociales desencadenando una fuerte convulsión política. Los países del tercer mundo comenzaban a aparecer en la escena política mundial; lo que llevó a que existieran nuevos interrogantes. Tras las repercusiones de la segunda guerra mundial y los conflictos provocados por la guerra fría, en el tercer mundo comenzaban los movimientos de liberación nacional.

Aquí es donde se comienzan a tener una serie de vías de entrada al tema de las desigualdades, la dependencia o la expresión de los problemas sociales en distintos órdenes. Durante esta década surge en Francia, de la mano de Levy-Strauss el estructuralismo, abandonándose paulatinamente pensamientos ligados al evolucionismo y funcionalismo, e insertándose en corrientes donde la construcción de la otredad se realizaba por la desigualdad.

La intervención en lo social comienza a orientarse hacia otros rumbos, principalmente desde lo metodológico. Aparecen entonces en el Trabajo Social, la introducción de técnicas

grupales; creándose espacios terapéuticos bajo esta modalidad, fomentando la sociabilidad en el grupo y la utilización de la asamblea como órgano de gestión en los hospitales, modificando los presupuestos básicos del Trabajo Social.

Aparece de la mano de estos cambios metodológicos la RECONCEPTUALIZACIÓN. Esta última “intentaba profundizar el análisis social desde una perspectiva centrada en el país y su inserción dentro de América Latina, como país dependiente”, apoyándose en el cuestionamiento y la reformulación del Servicio Social desde su metodología y práctica profesional.

“En gran parte estos temas descansaban en una necesidad, si se quiere necesariamente apresurada, de conocer, estudiar y actuar sobre la realidad latinoamericana desde la problemática de la colonización que se expresaba en la dependencia y en las características estructurales de un contexto atravesado por diferentes crisis”

Se proponía, entonces, reformular habilidades y conocimientos aplicados del trabajo social “acomodándolos a la realidad de un país dependiente que lucha por su liberación, donde la práctica militante se ponía en muchos casos por encima de la práctica universitaria o profesional”. Prevalece una mirada crítica de la realidad y la necesidad de comprometerse con ella.

Estos temas impactaron dentro del campo de la salud en general y de la salud mental en especial. Se fueron transformando las acciones en pos de una revisión de conceptos, en el Trabajo Social se la denominó Reconceptualización.

“Las formas de transmisión de saber, en especial dentro del ámbito laboral, se relacionan con la propia práctica desde una perspectiva de un nuevo “lugar” de conocimiento: la comunidad. En este aspecto es la comunidad la que va a influir dentro de la institución hospitalaria. De esta manera la aparición de cursos, jornadas, encuentros, se relaciona con la salud comunitaria. A su vez, dentro del hospital se observan cambios, en especial en los hospitales psiquiátricos, donde se transmiten dispositivos de intervención, especialmente de tipo grupal, y con una fuerte visión de las problemáticas en salud mental.”

Ya para los inicios de los '70 la profesión cambia la denominación: Pasa de llamarse “Servicio Social” a “Trabajo Social, desarrollando nuevos horizontes, donde se desarrollan nuevos marcos conceptuales y se incorporan nuevas formas de intervención: “De este modo, se transformaban las diferentes modalidades de intervención comunitaria en el campo de la

salud. No se buscaba solo la eficiencia de la aplicación de un programa en cuanto a mejorar determinados indicadores sanitarios, sino que se propone un objetivo superior: la generación y sustento de modalidades organizativas en la comunidad.

En esta perspectiva, se pueden asimilar las metodologías de intervención del campo grupal, que apuntan a romper con la relación dominador-dominado, siendo este uno de los sustentos de la opción metodológica dentro de esta modalidad de intervención.

En síntesis, las formas de intervención en lo social cambian desde la vigencia de un nuevo paradigma explicativo, que se apoya en la teoría de la dependencia. Así, el Trabajo Social se contextualiza y dialoga en forma intensa con una época marcada por grandes transformaciones.

De este modo, los posibles desarrollos y debates de la Reconceptualización, quedaron trancos a partir del golpe de estado de 1976.

En la Argentina, el golpe militar de 1976 abrirá la puerta para la entrada del neoliberalismo, el ajuste y el empobrecimiento de toda la sociedad, en un marco de represión y crímenes desde una sistemática aplicación del terrorismo de estado.”

A partir de este golpe las ideas de la reconceptualización ingresaron en una etapa de “retroceso y oscuridad”, como bien lo denomina Carballada; retomando prácticas desarrollistas, relacionadas con el funcionalismo, derribando por completo el Estado de Bienestar, y apareciendo preceptos como los de disciplinamiento y control de la población:

“En los informes sociales de los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires, por ejemplo, debían registrarse los tres últimos domicilios de la persona que era entrevistada; estas cuestiones generaban mecanismo de coerción que restringían la accesibilidad. Las camas de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires se redujeron en un 50% aproximadamente, se cerraron hospitales y servicios con la argumentación que estos eran utilizados por habitantes provenientes de la provincia de Buenos Aires. Todas estas cuestiones se inscribían en un escenario donde el arancelamiento de los hospitales se presentaba como otra forma de restricción”

Las limitaciones al trabajo comunitario, el desmantelamiento del sector salud en cuanto a prestaciones y camas hospitalarias, el desarrollo de políticas sanitarias restrictivas, marcan las características del sector salud en los años de la dictadura.

Las políticas de achicamiento del Estado comenzaron a configurarse en el marco de un modelo neoliberal, demostrándose justamente en esta reducción de la capacidad instalada y en la incorporación del arancel en los hospitales públicos; y ahí aparecía el rol del trabajador social: Debía realizar las encuestas pertinentes para determinar el pago o no del arancel.

Ya entrado los '80, y acabada la dictadura militar en Argentina “El trabajo social se encuentra en ese momento en un punto de tensión, en el cual se circunscribe las posibilidades de respuesta desde las políticas sociales y, por otra parte, se incrementan las demandas hacia los servicios sociales como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa la Argentina. Por otra parte, el discurso de los organismos internacionales comenzaba a justificar el desmantelamiento del Estado y desarrollo de la acción social desde la “sociedad civil”. Así, el Estado Social comenzaba a ser reemplazado por las ONGs y el mercado, generándose también una etapa de neo-filantropización que también se expresará en el campo de salud [...]lo que sobresale es la visión participacionista del abordaje social en el campo de la salud, con nuevos intereses y horizontes dentro del trabajo comunitario[...]En definitiva se estaba ingresando a una nueva época donde una serie de paradigmas comenzaban a dialogar estrechamente con las prácticas desde una caída del Estado –que ahora se sostenía en democracia-, un crecimiento más fuerte de la lógica del mercado, una aparición de formas asociativas novedosas y una fuerte apuesta a la participación. Es la época donde se crean los Consejos de Salud, Consejos de Escuela, desde la perspectiva de gestión participativa, que tiene un importante desarrollo en el campo de la Salud.”

Se desarrolla, en este contexto, una significativa crisis en la administración de los recursos, en relación con el achicamiento de las políticas sociales. Se plantea la existencia, en el campo de la salud (a partir de esta noción participativa antes nombrada), de un modelo de “concepción participativa integral”. Se propone un Trabajo Social alternativo “en la medida en que se constituye como parte de una alternativa popular para el orden social”.

La OPS, hacia fines de la década, propone la estrategia de SILOS (sistemas locales de salud), para instrumentar el trabajo comunitario, que había aparecido en los años sesenta, pero con la diferencia que emergía una búsqueda del capital social de la comunidad. Es entonces que se define en esa época al Trabajo Social como: “una profesión centrada en una práctica social crítica, realizada desde la perspectiva de los sectores populares, que utiliza aportes de las ciencias sociales y a la vez produce determinadas teorías, técnicas e instrumentos”.

Se genera una articulación entre la educación popular con la educación para la salud, forjándose un desprendimiento de la corriente positivista.

Hacia fines de siglo aparecen nuevas formas de transmisión de conocimiento: Grupos de estudio, discusión y supervisión, que van creciendo dentro de la disciplina. Suman importancia las prácticas pre-profesionales, y las residencias en general, se modifican entonces numerosos planes de estudio y se manifiestan nuevas formas de intervención en el estudio de posgrado.

En la actualidad, basándonos en el libro de Carballada publicado en el 2006, se va por un lado profundizando la importancia del conocimiento construido a partir de las prácticas, del trabajo de campo, para entender tanto lo micro social como lo macro social; y se abandona por completo las creencias ligadas a métodos de aplicación de leyes universales relacionadas con las Ciencias Naturales y Exactas. Se estudia desde la singularidad, en el marco de un individualismo fomentado por la accesibilidad a los derechos a través del mercado, donde las problemáticas sociales están principalmente vinculadas a la falta de integración.

En las instituciones de salud las problemáticas dominantes son las adicciones, el SIDA, la violencia familiar, las enfermedades prevenibles, las enfermedades producidas por el déficit alimentario y las dificultades de accesibilidad al sistema de salud, sumergidas en problemáticas estructurales tales como las demandas que superan la capacidad de atención de las instituciones públicas, la precariedad de la infraestructura y la falta de recursos.

En síntesis el Trabajo Social en la actualidad se encuentra focalizado al fortalecimiento de los lazos sociales que han sido destruidos mediante la fragmentación que surge a partir de la globalización por la falta de acceso de determinados sectores a la satisfacción de las necesidades básicas que terminan vinculadas con el mercado frente a un Estado que no interviene para lograr el equilibrio. Carballada establece que el Trabajo Social se desarrollo en los últimos años focalizándose en tres esferas: la palabra, la mirada y la escucha donde se construye una nueva forma de intervención que se da entre el hombre y su ambiente interno, externo y social.

Organización de la atención de salud

Primer nivel de atención

Deberá ofrecer los servicios básicos de salud que se enumeran posteriormente, cuyos proveedores serán los que conforman el Equipo Básico de Atención Integral. Estos servicios se ofrecerán a nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo.

Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los puestos y centros de salud y las clínicas tipo I, II y III, como también la consulta de medicina general de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales.

Segundo nivel de atención

Brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero, adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneo para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel serán las clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2 y 3.

Tercer nivel de atención

Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados.

Rehabilitación.

La rehabilitación se define como un proceso **continuo**, **progresivo** e **integral** que involucra acciones dirigidas a personas discapacitadas, con el fin de que desarrollen al máximo su **capacidad remanente** para lograr su **independencia**, **auto cuidado**, **capacidad de comunicación** y **adaptación social** y de esta manera alcanzar su **integración** en el medio de manera eficiente, conjugando armónicamente la satisfacción personal y familiar con la utilidad y productividad social.

La Rehabilitación no es una técnica, es un programa de trabajo muy creativo que demanda la participación activa y continua de la persona discapacitada y considera al individuo en forma global, vinculado a una familia y a una sociedad. Se utilizan diferentes procedimientos y técnicas en que participa un equipo **multidisciplinario**, el cual, para ser eficaz, debe cumplir con algunos requisitos: tener una excelente comunicación, ser adaptable, flexible y tener espíritu de cooperación e identidad, con el objetivo de la integración del paciente en la forma más satisfactoria, realista y precoz.

Dentro de este equipo se considera de vital importancia la participación de la persona discapacitada y su familia. La responsabilidad compartida asegura el mejor resultado de los programas de rehabilitación enfocados hacia un paciente en particular.

Al plantear un programa de rehabilitación se debe considerar en primera instancia tres aspectos

-Diagnóstico, Medidas de Prevención Tratamiento médico de rehabilitación

Diagnostico Todo síndrome discapacitante se origina en una enfermedad que requiere de un buen diagnostico, con el fin de conocer, dentro de lo que sea posible: a) el curso de la enfermedad: progresivo, estable, regresivo.

b) el pronóstico: mejoría, muerte, persistencia.

c) impacto en el movimiento y actividades físicas

d) impacto en las capacidades mentales y sensoriales.

Este diagnostico debe plantear además el grado o tipo de deficiencia, discapacidad o invalidez y debe ser periódicamente reconsiderado y replanteado.

EL PROBLEMA.

Encuadrada en el I.Na.Re.P.S y en el campo elegido, la problemática relevante es la Discapacidad¹; entendiéndola desde la vertiente fenomenológica²⁴, como un hecho presente e inherente a la persona humana, y desde el impacto que la irrupción de ésta, cualquiera que sea su origen, produce hacia el interior de la dinámica familiar a nivel estructural, vincular, afectivo; afectando la visión del sujeto en términos de autonomía.

Según los aportes de la O.M.S hay distintos modelos que pueden aplicarse para explicar la discapacidad y el funcionamiento. Estos modelos pueden ser expresados en una dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social” y con más propiedad desde un enfoque de derechos humanos.

El modelo médico ve a la discapacidad como un problema personal, causado directamente por enfermedad, trauma u otra condición de salud, que requiere de cuidado médico provisto en la forma de tratamiento individual por parte de los profesionales. En este sentido, el manejo de la discapacidad tiene por objetivo la cura o adaptación del individuo y un cambio conductual.

El modelo social de discapacidad, por otro lado ve el tema desde su complejidad, considerando no solo los aspectos médicos (tratamiento-rehabilitación) sino el conjunto de factores que determinan la discapacidad, es una visión global de la dimensión social, principalmente como un problema creado a nivel social, cuyo objetivo es la integración plena de los individuos a la sociedad.

Hacia 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)²⁵ de la OMS proponen el siguiente esquema:



En él, siempre dentro de la “experiencia de la salud”, ha de entenderse:

- Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función

²⁴ “Fenomenología” como ciencia que aspira al conocimiento de las cosas (de los fenómenos) analizando su origen y sus manifestaciones.

²⁵ OMS. “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”. INMERSO, Madrid, edición de 1997.

psicológica, fisiológica o anatómica.

- Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

En relación a esta clasificación fueron muchas las voces que se levantaron, manifestándose en contra de la enumeración de situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja. Esta perspectiva condujo a una nueva revisión de la terminología.

El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS, se aprueba la nueva versión de esta clasificación con el nombre definitivo de "Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Salud", (CIF).²⁶

Ya no se enuncian niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de *funcionamiento* (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación del ser humano), *discapacidad* (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructurales corporales, las limitaciones en la capacidad de realizar actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y *salud* (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

La CIF, se pronuncia por un enfoque bio-psico-social y ecológico, superando la perspectiva bio-médica imperante hasta el momento. Agrega un apartado dedicado a los factores contextuales.

En este sentido, un factor de gran importancia, es la concepción que existe de la discapacidad dentro del imaginario social, que surge de los modelos que inspiran las políticas de discapacidad.

Si la discapacidad resulta de una lesión, es una desgracia que le ocurre a un individuo, que este deberá resolver en el ámbito personal. Pero si la discapacidad es concebida como la resultante de la interacción entre una necesidad especial (generada por la lesión) y los obstáculos específicos existentes en el ambiente, las líneas de acción no se dirigen solo al individuo sino a remover del ambiente los obstáculos que la agravan (y a veces constituyen el

²⁶ OMS. "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud". INMERSO, OMS Y OPS, Madrid, 2001.

principal factor de) discapacidad.

En nuestro país la Constitución Nacional, establece en su artículo 75, inc. 22 y 23, que los convenios internacionales tienen jerarquía constitucional. Estos tratados reconocen los derechos de las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, en plenitud de igualdad con el resto de los ciudadanos.

La Ley 25.280, que aprueba la Convención Interamericana sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad, constituye un avance y se convierte en un instrumento que permite el enfoque de las políticas públicas desde la perspectiva de los derechos humanos.

Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.

Ley 24.901. Sistema de prestaciones Básicas de Habilitación y Rehabilitación.

Ley 19.279. Automotores para Lisiados.

En cuanto al abordaje de la problemática...

(...) es evidente que la salud no es patrimonio exclusivo de ninguna jurisdicción disciplinaria, sea que actúen asiladas o confederadas según el modelo de la interdisciplina. Es preciso encontrar un plano más profundo de reflexión que nos brinde enclaves metodológicas suficientes para integrar todos los estratos en los que se ponen en juego los valores de la salud humana: molecular; celular; tisular; anatómico-clínico; orgásmica individual; grupal; institucional; societal; global...²⁷. Por ende, ninguna profesión que se desarrolle en el campo de la salud, posee todos los conocimientos y destrezas necesarios, para la resolución de los problemas, en su complejidad. Por lo mismo, para la recuperación de la persona en su totalidad, los profesionales deberán trabajar conjuntamente y en equipo.

A continuación se desarrollaran brevemente las diferentes formas de trabajar en equipo:

(...) Podemos decir que el enfoque **multidisciplinario** es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones

²⁷SAMAJA J; Epistemología de la Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2004.

en las disciplinas involucradas.

La característica de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y plantea un total aislamiento respecto de toda demanda social.

La aproximación **interdisciplinaria**, en cambio, surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las ciencias.

Esta orientación interdisciplinaria parte del análisis de la convergencia de problemas. Pero debemos aclarar que el tema "borde" entre dos disciplinas no constituye interdisciplinariedad.

(...) consideramos que los problemas no tienen fronteras disciplinarias y que los límites de cada disciplina no están fijos y determinados para siempre (...)

Desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. En este sentido la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro.

La interdisciplina incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas aéreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas.etc. Al incluir el vocablo *inter* lo ubicamos como nexo del cual se espera una cierta totalidad.²⁸

La **Transdisciplinariedad** es una aproximación metodológica que compatibiliza la unidad y diversidad de la ciencia.

(...)La Transdisciplinariedad supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común.

(...)Lo fundamental, entonces, será salir del aislacionismo aun vigente y abocarnos al trabajo en equipo, sin "saberes absolutos", sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea.

²⁸ELICHIRY, N: La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En el niño y la escuela, comp. Nora Elichiry. Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.

EL SERVICIO SOCIAL EN EL CAMPO Y LA PROBLEMATICA ELEGIDA.

El Trabajador Social en el área de la Salud, más específicamente en la Rehabilitación, es el profesional integrante del equipo interdisciplinario que conoce las necesidades y condiciones sociales-culturales económicas. etc.; del paciente y su grupo familiar, que inciden en el proceso salud-enfermedad.

Dadas las variaciones de una situación a otra y del contexto en que se dan los elementos antes mencionados, cada caso se convierte en un proceso singular; pero visto y analizado siempre desde la complejidad.

El trabajador social orienta su diagnóstico a la identificación de las redes familiares y sociales, buscando fortalecer o restablecer los vínculos y lazos que la persona ha ido construyendo a lo largo de su historia, a fin de contribuir al apoyo y apuntalamiento del paciente en el proceso de rehabilitación. Promueve la utilización de recursos institucionales y comunitarios disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y evaluación permanente.

A su vez desarrolla el rol de educador social, trabajando desde el binomio prevención-promoción en el proceso de salud-enfermedad-atención.

LA SUPERVISION EN SERVICIO SOCIAL.

Evolución Histórica.

La supervisión tenía sus inicios un contenido administrativo de búsqueda de eficacia en el trabajo. Posteriormente la supervisión estuvo marcadamente influida por la teoría psicoanalítica.²⁹ Bunker y Wijnberg remarcan también que la supervisión estuvo influida por las diversas fases seguidas por el trabajo social y que ellos se distribuyen en siete tipos de cambios de enfoque que se fueron asumiendo:

Primer Cambio: Incorporación de las teorías Sistémicas. Alrededor de los años 70'. Se enfatizaba en la relación usuario-ambiente.

Segundo Cambio: Incorporación de marcos teóricos múltiples. Dominancia del modelo psicoanalítico que luego se fue ampliando con otros modelos.

Tercer Cambio: Orientación de las actuaciones hacia la búsqueda de la solución de problemas. Se adopta el modelo ecológico.

Cuarto Cambio: Modelos de terapia de corta duración, Influencia de los conceptos de

²⁹La supervisión en Servicio Social. Fernandez.J. Ed. Paidós.Barcelona. Bs.As. México.

salud mental comunitaria.

Quinto Cambio: trabajo Social orientado a la tarea que hay que realizar.

Sexto Cambio: Las actuaciones profesionales se centran en dar orientaciones en términos de pautas de conducta.

Séptimo Cambio: Control de Calidad.

Siguiendo a estos autores, todos estos cambios influyeron directamente en la práctica del qué y del como se había de supervisar.

Para arribar a una aproximación al concepto de Supervisión, tomare lo planteado Natalio Kisnerman³⁰: Va a entender a la supervisión como un proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional y una práctica en sí, en tanto utiliza un conjunto de estrategias y tácticas de intervención para lograr determinados objetivos en una situación de aprendizaje.

La supervisión debe entenderse como una asesoría, un seguimiento, un apoyo profesional que se construye con los supervisados en la práctica.

❖ *Objetivos de la Supervisión en Servicio Social.*³¹

1º La enseñanza y la formación permanente.

2º Asegurar servicios de calidad.

3º Elevar el nivel teórico y práctico.

❖ *Funciones de la Supervisión:*

Función Didáctica: Que incluye los siguientes aspectos:

- Ayudar a una actuación reflexiva.
- Desarrollar la capacidad de autoconocimiento.
- Enseñar a trabajar dentro de un proceso metodológico.

Función Administrativa: que supone los siguientes puntos;

- La integración a entidad.
- Facilitar los instrumentos necesarios para la realización del trabajo.
- Diseñar el proceso de la supervisión-evaluación

³⁰Kisnerman. N.Reunion de Conjurados. Conceptualizaciones sobre supervisión. Ed. Lumen. Humanitas. Bs.As.

³¹La Supervisión en Trabajo Social. Montserrat Colomer. Domenech. Rosa.Ed.hvmanitas.BsAs.

SEGUNDA PARTE

TRABAJO DE CAMPO

I. CONTEXTO INSTITUCIONAL.

LA INSTITUCION

El nombre de la institución sede es Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur "Dr. Juan O. Tesone" (I.Na.Re.P.S). Su incumbencia es pública y depende del Ministerio de Salud .Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos.

Se inserta en el sistema Nacional de Salud, actuando como receptor de alta complejidad, siendo común la derivación de la Patagonia, la zona de Cuyo, la provincia de Buenos Aires. Eventualmente de la zona norte del país.

Se trabaja con toda la franja etárea: niños, jóvenes y adultos con discapacidad física.

Ubicado en ruta 88 Km. 4,5 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: dirección@inareps.gov.ar

Su origen data del año 1950, cuando no existía en nuestro país ninguna institución oficial dedicada integralmente a la rehabilitación motora; sólo esfuerzos aislados de algunas instituciones privadas que deban cumplimiento limitado a estas tareas.

En este contexto se crea en la ciudad de Mar del Plata una entidad sin fines de lucro, el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados, que adopta la sigla de CERENIL.

La iniciativa deviene de un grupo de padres con alto poder adquisitivo, cuyos hijos padecían la enfermedad de poliomielitis, quienes conforman una cooperadora para la sustentación de dicho centro.

Uno de los principales pilares del proyecto fue el Dr. Juan Otimio Tesone, médico argentino especializado en neuroortopedia, quien concurre a Estados Unidos con el objetivo de instrumentarse con las últimas estrategias de intervención que luego serán desarrolladas en la institución.

A partir de la creación de la vacuna contra la poliomielitis, se ve reducido el número de afectados por la enfermedad, hasta su erradicación. Al desaparecer la demanda del servicio

brindado, la comunidad deja de colaborar con el centro. Sumado a esta situación y promediando la década del '70 la República Argentina entra en grandes luchas políticas y socioeconómicas.

CERENIL se ve privado en este contexto, de su sustento primordial: la clásica rifa de automotores.

Ante esta situación ni el Estado Municipal, ni el estado Provincial, se hacen eco de la problemática institucional, transfiriéndose el Sanatorio Escuela a la administración Nacional; con la única consigna de perseverar en la rehabilitación de secuelas motoras. Tomando a partir de 1976 la denominación de "Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur" (I.Na.Re.P.S.), dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

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

El objetivo de la institución; es lograr la rehabilitación integral del paciente, brindando el apoyo científico que la familia requiera y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tenga conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad.

En lo que se refiere a la modalidad de trabajo, es la de un equipo interdisciplinario que se orienta de acuerdo a los valores remanentes que posee el *paciente* y con la participación de la *familia*.

Las disciplinas de este equipo son: enfermeros, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, kinesiólogos o fisioterapeuta, fonoaudiólogos, psicólogos, asistentes sociales, ortesistas protesistas, recreación y deportes, y médicos.

En estos últimos, se atienden especialidades tales como, fisiatría (medicina física y rehabilitación), ortopedia, neurología, clínica médica, Pediatría, Urología, ginecología, cardiología, neumonología, reumatología, oftalmología, cirugía plástica, psiquiatría, odontología, bioquímica, farmacia, cirugía y radiología.

Las personas derivadas a la institución, padecen discapacidades físicas que, en la mayoría de los casos afectan, su movilidad e independencia.

Las patologías, sobre las cuales se asientan las demandas son: lesionados medulares severos, secuelas de traumatismo encéfalo craneanos, amputados, reumáticos, secuelas de

accidentes de tránsito, secuelas posquirúrgicas, hemiplejías, mielomeningocele, secuela de poliomielitis, esclerosis múltiples, accidentes cerebro vasculares, parálisis cerebral, etc.

El paciente puede ingresar:

A) Para tratamiento como internado: utilizando como vía de entrada el Comité de Admisión y Egresos, que en forma interdisciplinaria analiza y selecciona cada caso.

B) Para tratamiento ambulatorio: A partir del Comité de Orientación que programa su evaluación por Consultorio Externo un exhaustivo estudio, efectuado por diversas especialidades, según el tipo de patología discapacitante.

C) Para rehabilitación domiciliaria: En pacientes terminales que cumplan con criterios de alta hospitalaria y que requieren de cuidados paliativos en domicilio.

Dentro del instituto se realizan variadas actividades, existiendo así diversos 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 el 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), formando parte del programa en forma conjunta Nación - Provincia – Municipalidad.

Rehabilitación: se efectúan todas las gamas 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, Electromiografía y terapéuticos como Electro estimulación.

Educación:

1 -en el servicio de Orientación y Rehabilitación Profesional se efectúa, previa evaluación de Terapia Ocupacional, una orientación básica en disciplinas tales como: carpintería, ebanistería, dactilografía, bijouterie, artesanía en nudos y encuadernación, computación y música.

2 -Por 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, que recibe en sus aulas a paciente alumnos con trastornos del aparato locomotor, cubriendo toda la educación primaria. Asimismo, funciona en horario vespertino una Escuela para Adultos,

cubriendo el mismo nivel.

3 -Cumpliendo acciones de Ecuación y Terapia de las patologías se trabaja en reuniones grupales de autoayuda, destinados a pacientes ostomizados, obesos, reumáticos, etc.

Docencia todas las áreas del INAREPS, cuentan con programas de residencias, pasantías y concurrencias como instancias de capacitación.

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:

1 Espacios recreativos y deportivos para la niñez, utilizando dos canchas de fútbol que la institución posee dentro del predio, que cumplen con el objetivo de integración y comunidad recíproca.

2 Reinserción Laboral: la Institución cumple con la disposición de la ley 22.431, incorporando como personal de planta a agentes discapacitados.

3 Se efectúa el examen médico correspondiente a la tramitación el otorgamiento de automotores para discapacitados, de acuerdo a la ley 19.279, trámite que luego finaliza en la Dirección Nacional de Rehabilitación.

En cuanto a su estructura y organigrama el I.Na.Re.P.S, cuenta con un Director y dos Directores Asistentes (uno médico y uno administrativo). En este nivel actúa una delegación de SIGEN (Sindicatura General de la Nación) como Unidad de Auditoria Interna constituido por un contador, un abogado y un médico.

Existen dieciocho (18) Comités Asesores; Departamento Médico. Departamento de Diagnostico y Tratamiento y Departamento de Rehabilitación y una Coordinación de Departamentos Técnicos que reúne a los Departamentos de Enfermería, Estadística, Alimentación y Servicio Social; cuatro (4) Departamentos Administrativos y uno (1) de Mantenimiento y Servicios Generales.

Actualmente, la Dirección del Instituto se encuentra a cargo de la Directora Interina Dra. Nora Tognetti.

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 en relación al paciente:

-Comité de Admisión y Egresos: conformado por Jefe de División Medicina Física y Rehabilitación (responsables del comité), Jefe de División Fisiatría (medico que efectuó la primer consulta), Jefe de División de Kinesiología o de Unidad Terapia Física, Jefe División de Enfermería, Jefe Departamento de 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 analiza la parte médica y social, teniendo primordial importancia, los objetivos trazados, las metas a lograr y fundamentalmente, a donde volverá el paciente a su egreso.

-Comité de Coordinación de Horarios: está conformado por todos los servicios técnicos del equipo de rehabilitación y con la finalidad de tener un rendimiento con eficiencia y eficacia en el tratamiento del paciente, aprovechando al máximo los valores remanentes del mismo, coordinando día y horario del tratamiento, entrevistas de evaluación y control; teniendo en cuenta las posibilidades del paciente. Se trata de que la persona tenga en el mismo día todas las actividades en horarios correlativos.

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

-Pase de Sala de Pacientes Internados: se realiza semanalmente con el objetivo de exponer el estado actual del paciente, su evolución, se evalué sobre lo actuado, se tracen objetivos o se replanteen adecuándolos a la evolución del mismo.

-Comité de Historias Clínicas: tiene como objetivo supervisar las historias clínicas a fin de asegurar que todos los detalles pertinentes sean registrado y que haya suficiente información para evaluar el cuidado dado al paciente

EL SERVICIO SOCIAL EN EL I.Na.Re.P.S

El Servicio Social estuvo presente desde los inicios de la institución, en el año 1956, cuando esta llevaba el nombre de Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL).

Desde entonces, la función del Asistente Social fue evolucionando, desde un rol netamente asistencial y Pro-médico, centrado en el eje de la respuesta al tratamiento, hacia otro más activo y de cambio, que considera al paciente y a su familia. Esto se corresponde, con el surgimiento de nuevas conceptualizaciones y corrientes de pensamiento en la disciplina y con los cambios políticos, sociales y económicos en el ámbito nacional. En el año 1992, dado el contexto político económico en el que se plantea la transferencia de las instituciones nacionales hacia organismos provinciales, comienza al interior del Servicio Social del instituto, un cambio de perfil, iniciando un movimiento de lucha político institucional, con el propósito de cumplir tanto con la defensa de la institución y su perfil en el ámbito de la Nación, como en la protección de los derechos de las personas con discapacidades.

El Departamento de Servicio Social esta integrado por seis Lic. En Servicio Social. La jefatura del mismo esta a cargo de la Lic. Virginia Palomino.

La División de Servicio Social será responsable de asesorar a los pacientes y /o familiares de los mismos en todos los aspectos relacionados con el trámite de admisión al hospital. Además este sector deberá hacer conformar el compromiso del alta, firmado por el familiar más directo del paciente.

El Servicio Social como miembro del equipo de Salud, actúa como nexo entre la Institución, el paciente, la familia y la comunidad.

Su función es normativa, educativa, orientadora y promotora del desarrollo integral de la persona.

Objetivo General: “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.

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 el discapacitado 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.

Normas del Servicio Social

Se absorbe la demanda disciplinaria proveniente de:

- a) Rehabilitación con sus respectivos programas;
- b) Unidad sanitaria de atención primaria de la salud.

Se organiza la atención programada a través del Departamento de Estadística para pacientes provenientes de:

- c) Área de rehabilitación: evaluación, R.A.T. (Reactualización de Tratamiento), informes, gestión de subsidios, entrevistas familiares, clínicas, reuniones generales, etc.
- d) Somera evaluación a pacientes de Atención Primaria de la Salud.
- e) Orientación, asesoramiento, derivación y prestación.

El Servicio Social interviene bajo dos tipos de demanda:

**Demanda espontánea:* el paciente llega al Servicio Social para obtención de vales de alimentación, autorización de recetas medicamentosas; orientación sobre requisitos para realización de pase gratuito de transporte para discapacitados; orientación para la obtención de prestaciones provisionales, prótesis, sillas de ruedas o elementos ortopédicos.

**Demanda programada:* Se llevan a cabo entrevistas de evaluación, de pre-internación, control; entrevistas con pacientes y familiares que realizan tratamiento.

Programas de Cobertura:

Los programas surgen de los objetivos institucionales, de la situación socioeconómica y las características de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

Medicación:

Se autoriza la entrega de mediación gratuita luego de una evaluación socioeconómica, de aquellos pacientes que se atienden en la institución, que no poseen obra social y que no están en condiciones de solventar el costo de la misma.

Transporte:

Se incorpora al recorrido de los automotores institucionales a aquellos pacientes que por su limitación física y la imposibilidad de solventar su traslado desde y hacia la institución no pueden hacerlo de otra manera.

Una vez incorporado el paciente al recorrido, el transporte lo retira de su domicilio y luego de finalizado su tratamiento lo lleva de regreso. Aquí se incluyen los pacientes internados que tienen alta el fin de semana.

El recorrido cubre el ejido urbano del Partido de General Pueyrredon.

Alimentación:

Se autoriza raciones alimentarias (desayuno y/o almuerzo) a aquellos pacientes cuya rutina de rehabilitación cubra la franja horaria mañana- tarde.

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

Cuando se detectan casos de déficit alimentario por carencia económica, se toma inmediata intervención del caso a modo de dar respuesta rápida al problema.

Elementos: Prótesis y Ortesis.

El instituto cuenta con un taller de prótesis y Ortesis donde se diseñan y fabrican los elementos necesarios para cumplimentar el plan de rehabilitación Esta dirigido a aquellos pacientes que requieran de estos elementos por prescripción medica, que no posean pobra social y cuya situación económica no posibilite su compra.

Contempla también a las personas cuya obra social no cubra o cubra parcialmente el costo de los mismos. Aquellos elementos que no se fabrican en el establecimiento, se gestionan ante Ministerio de Salud u otros organismos.

II. METODOLOGÍA DE INTERVENCION

Resulta difícil definir dentro del Servicio Social del I.Na.Re.P.S un único *modelo de intervención*.

El modelo de intervención, la forma de actuar, es distinta de acuerdo a cada persona con la que se trabaja, sus características personales y únicas, su situación particular y también del profesional que lo acompañe.

Existe dentro del servicio una primacía hacia un modelo humanista, existencial y fenomenológico. Caracterizado por una relación horizontal, empática y valorativa. Con una genuina participación activa de la persona, de acuerdo a su situación en constante interacción con el entorno. Esta preponderancia no es excluyente de otros modelos.

De esta manera el abordaje del caso social individual- familiar, ubicando la intervención de un esquema triangular:

- Persona (paciente)

- Problema (discapacidad)
- Institución (cuyo objetivo es la rehabilitación integral de la persona)

Se utiliza un enfoque holístico, haciendo un análisis de lo particular a lo general y teniendo siempre en cuenta la interacción con el entorno.

El paciente:

El paciente llega al servicio derivado de otros centros asistenciales, con un diagnóstico a veces poco claro de su patología discapacitante.

En esta etapa se pueden visualizar diferentes miedos, la negación, el rechazo y la importancia, que acompañan este primer periodo de adaptación a la nueva situación.

En este momento, se tienen en cuenta desde la intervención del Servicio Social, los recursos y potencialidades del paciente (tipo de personalidad, estrategias de supervivencia, filosofía de vida, hábitos, etc.), para emprender un trabajo positivo y de superación.

Un aspecto importante en este proceso es indagar acerca de quien era esta persona antes de su lesión y con que recursos cuenta para sobrellevar sus secuelas.

Se procura incluir en este proceso al grupo familiar o algún integrante de su red vincular social en el proceso de rehabilitación integral.

Discapacidad.

Desde el modelo social de discapacidad se aborda el tema desde su complejidad, considerando no solo los aspectos médicos (tratamiento y rehabilitación) sino el conjunto de factores que determinan la discapacidad; es una visión global, principalmente como un problema creado a nivel social, cuyo objetivo es la integración plena de los individuos a la sociedad.

Es importante analizar el grado de discapacidad que presenta la persona (leve, moderada, severa o muy severa, en relación cuantitativa con la disminución o alteración funcional), su evolución (progresiva, estacionaria o regresiva), y si es congénita o adquirida, puesto que las consecuencias en uno u otro caso han de ser diferentes, como lo serán también las reacciones psicológicas de la persona y su entorno familiar.

La Institución:

La institución se coloca a disposición del paciente con los recursos y políticas que implementa, a través de programas y servicios. El Servicio Social se encarga de clarificar los

objetivos y metas de la institución, planteando las diferentes necesidades del paciente postraumático, en su estado agudo o sub-agudo y aquella situación de compensación requerida para comenzar su rehabilitación.

Así mismo cuando corresponde, se facilita el vínculo interinstitucional, con el objetivo de optimizar los recursos para mejorar la calidad de atención.

En relación a la Modalidad Operativa...

La persona que llega a la institución lo hace por medio de una derivación médica. Debe presentar resumen de historia clínica, estudios médicos y un diagnóstico de su patología.

Esta información se presenta en el Comité de Orientación donde se establecen los servicios y especialidades médicas que evaluarán al paciente.

De acuerdo a la modalidad de trabajo y abordaje institucional, el paciente que llega, también pasa por servicio social para ser evaluado. Se realiza una entrevista de estudio social, con el objetivo de conocer la situación socio-económica del paciente. Se toman en cuantas distintas dimensiones, tales como: la familia, aspecto habitacional, aspecto económico y ocupacional, aspecto socio-cultural. Arribando a una evaluación preliminar. Luego el caso es presentado en el Comité de Evaluación, donde el equipo interdisciplinario que ha valorado el caso se reúne, para fijar los objetivos y plan de tratamiento.

El paciente puede ingresar como paciente externo, y se le otorgan los turnos con días y horarios de manera organizada y correlativa.

En caso de que ingrese como internado es el servicio social quien realiza una entrevista con un familiar, informando los requisitos para su admisión. A partir del informe citado es el comité de admisión y egresos (donde participan los jefes de cada servicio) quienes disponen fecha de internación y objetivos.

Durante todo el proceso de rehabilitación el Trabajador Social realiza un trabajo de seguimiento y acompañamiento, y asesoramiento del paciente y su familia. A fin de que se generen condiciones óptimas y adecuadas para transitar en el proceso de rehabilitación.

Las técnicas utilizadas son:

- La observación de la Historia Clínica del paciente
- Entrevistas con el paciente y su grupo conviviente
- Contacto con instituciones intervinientes en el caso
- Contacto con instituciones claves para la obtención de recursos ante la nueva situación del paciente

El abordaje institucional del proceso de rehabilitación cuenta con diferentes momentos, y participan en él las variadas disciplinas:

- 1 Admisión: Fisiatría, Servicio Social, Estadística, Enfermería y un miembro representante de la Dirección
- 2 Evaluación: participan todos los servicios de manera interdisciplinaria, según la patología y sus secuelas.
- 3 Tratamiento: según los objetivos de rehabilitación del caso particular, participan del tratamiento las disciplinas pertinentes.
- 4 Seguimiento: se realiza a través de controles médicos y entrevistas en sede o domiciliarias realizadas por el equipo interdisciplinario.

Estudio de Caso.

Estudio de la situación:

Paciente que llega al instituto, derivado del HIGA (Hospital General de Agudos) .Luego de haber sido evaluado allí por el equipo de I.Na.Re.P.S

Ingresa bajo la modalidad de internado para comenzar con su evaluación y poder así fijar los objetivos de tratamiento, comité mediante.

El paciente llega con diagnóstico de secuela post-GuillainBarre³².

En la actualidad se encuentra afectada la movilidad de los miembros inferiores y una fuerza limitada de los miembros distales. Se encuentra lúcido, ubicado en tiempo y espacio. No se detecta afectación de la parte cognitiva

Luego de realizada la evaluación del caso por las diferentes especialidades en el Comité de Evaluación, se establece una modalidad de tratamiento de rehabilitación, de alta frecuencia; como internado.

³² El **síndrome de Guillain-Barré** también conocido como síndrome de **Guillain-Barré-Landry** es un trastorno neurológico en el que el sistema inmunitario del cuerpo ataca a una parte del sistema nervioso periférico, la mielina, que es la capa aislante que recubre los nervios. Cuando esto sucede, los nervios no pueden enviar las señales de forma eficaz, los músculos pierden su capacidad de responder a las órdenes del encéfalo y éste recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo. El resultado es la incapacidad de sentir calor, dolor y otras sensaciones, además de paralizar progresivamente varios músculos del cuerpo.

Se establece que el paciente podrá irse de alta los fines de semana a su domicilio, en tanto su estado clínico lo permita.

El paciente tiene 61 años de edad, oriundo de la ciudad de Mar del Plata.

Su red primaria es pequeña y homogénea, y esta integrada por su esposa, de 59 años de edad, y sus dos hijos. Una hija de 33 años de edad y un hijo de 31 años de edad. Todo el grupo familiar reside actualmente en la ciudad de mar del plata.

Anterior a la irrupción de la patología, el paciente convivía con su esposa y su hijo, en vivienda con quintas, alquilada. Actualmente su Hija no reside con su grupo familiar de origen, sino que convive con su conyugue y dos hijos de ambos.

El paciente se desarrollaba en el ámbito laboral como productor y vendedor de frutas y verduras. Ocupándose él de todo el manejo del negocio familiar, tanto de lo que refiere a la organización del trabajo, a los contactos con compradores y distribuidores. Como así también a la organización de la economía domestica.

El paciente no cuenta con cobertura social.

Diagnostico Social

La “red social personal” del paciente se limita a la familia nuclear, mientras que el conjunto de vínculos significativos o “red Social significativa³³, se remite a una justa y necesaria inserción en su comunidad, intercambio con vecino de otras quintas; y observándose una mayor intensidad en los vínculos al mundo del trabajo del paciente, el cual consiste en la interacción con personas dedicadas a la producción, cosecha y comercio de frutas y verduras sea en el mercado o de manera particular. En esta interacción pueden observarse vínculos más próximos, es decir personas que él considera “gente amiga” y vínculos más distantes, con la que solo mantiene una relación laboral. Es en este universo laboral donde el paciente adquiere un reconocimiento como individuo y una imagen e identidad de si mismo.

En cuanto a la red personal del paciente, es decir su familia nuclear, se caracteriza por ser pequeña y homogénea; y que en cuanto a la conexión entre sus miembros se observa un

³³ Las fronteras del sistema significativo del individuo no se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales. La Red Social: frontera de la práctica sistémica. Carlos Sluzki.pag37.segunda reimpressionmarzo2002

nivel de densidad medio(a partir de lo observado en sucesivas entrevistas con la hija mayor del paciente, puede verse una cierta efectividad en el cuidado del paciente de todo el grupo, que permite a su vez el cotejamiento de impresiones entre los mismos, pero observándose a si mismo una cierta sobre carga en la figura de la hija mayor.)

En cuanto a las funciones de esta red mínima familiar, puede verse que toda la red le brinda al paciente la compañía social³⁴ Si bien, puede destacarse que el paciente por quien más se encuentra preocupado luego de la irrupción de la patología es por su conyugue ya que ella deberá hacerse cargo de tareas que no le corresponden, como lo es acompañar a su hijo varón al mercado y relacionarse con clientes, a lo cual el la ve limitada ya que ella no tiene estudios básicos, que le permitan la efectividad, según él, de tales intercambios. Son así mismo estas personas quienes le brindan al paciente el apoyo emocional³⁵, necesario para que este se mantenga con su adherencia al tratamiento y piense en seguir construyendo su proyecto de vida. Fue en este sentido que con el equipo interdisciplinario conjuntamente con la hija se comenzó a hacer hincapié en las capacidades remanentes del paciente y no en las capacidades que al momento no había recobrado, producto de las leves secuelas que la enfermedad le había producido.

En cuanto a la guía cognitiva y consejos³⁶ se puede ver en la persona de la hija mayor del paciente, quien ha asumido el rol de cuidadora principal en esta incipiente reorganización familiar.

Resulta importante destacar como parte de esta red significativa, quien desarrollara la función de ayuda material y de servicios³⁷, será el equipo de rehabilitación interdisciplinario de la institución.

-Se visualiza una red familiar que acompaña a la paciente en el proceso de rehabilitación, asistiendo a las entrevistas y devoluciones.

³⁴ Refiere a la realización de actividades conjuntas o el simple hecho de estar juntos.pag 46. La Red Social: frontera de la práctica sistémica. Carlos Sluzki.pag37.segunda reimpressionmarzo2002

³⁵ Intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la buena resonancia y la buena voluntad del otro.pag 49. La Red Social: frontera de la práctica sistémica. Carlos Sluzki.pag37.segunda reimpressionmarzo2002

³⁶ Interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas, y proveer modelos de rol.pag 50. La Red Social: frontera de la práctica sistémica. Carlos Sluzki.pag37.segunda reimpressionmarzo2002

³⁷ Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud.pag 53. La Red Social: frontera de la práctica sistémica. Carlos Sluzki.pag37.segunda reimpressionmarzo2002

-Se identifica a la hija del paciente como cuidador principal. Siendo ella la que comienza a ocuparse de los requerimientos del paciente y de la institución, en relación al inicio y la continuidad del tratamiento. Como así también de los cuidados propios del paciente internado.

-Se observa una reorganización de la dinámica familiar.

-A partir de la irrupción de la patología, el hijo y la esposa del paciente son quienes quedan a cargo del negocio familiar y de realizar las tareas que antes realizaba el paciente.

-Se infiere al momento de la entrevista de evaluación buen nivel de comprensión de las pautas institucionales y de las consignas para el tratamiento por parte de la red mínima del paciente y por el mismo.

Planificación de la Acción

- Acentuar la importancia de una participación activa por parte del paciente y su familia en el logro de los objetivos planteados en el tratamiento.

- Orientar a la familia en los procedimientos a seguir para la gestión de diferentes recursos que le permitan al paciente una mayor independencia y mejorar su calidad de vida.

- Brindar información necesaria para que el paciente pueda visualizar la importancia que tiene mantener una continuidad en proceso de rehabilitación.

- Acompañar y apuntalar al paciente y su familia en el proceso de rehabilitación.

- Generar junto con el paciente, la familia y el equipo de salud las condiciones para el alta médico.

Ejecución o Implementación

- Realización de entrevistas formales e informales con la hija del paciente.
- Mantenimiento de entrevistas informales diarias y semanales con el paciente.
- Orientación a la hija (cuidadora principal) para la afiliación del paciente a una

cobertura social; ya que el paciente desarrolla su actividad laboral como monotributista.

- Establecimiento de contactos interinstitucionales para gestión de estudios médicos de alta complejidad.
- Orientación y asesoramiento del paciente y su familia, en relación al proceso de rehabilitación, sus tiempos, su desarrollo y evolución.
- Orientación al paciente para tramitación de jubilación.

Evaluación

Lo que se logro en función de los objetivos planteados:

- *Acentuar la importancia de una participación activa por parte del paciente y su familia en el logro de los objetivos planteados en el tratamiento.*

Si bien desde un principio la hija del paciente refirió estar predispuesta para afrontar esta nueva situación y darle al paciente los cuidados necesarios los altas de fines de semana, esta participación activa por parte de la familia hubo que trabajarla desde todo el equipo interdisciplinario, y con mayor intensidad desde el servicio social.

A pesar de haber insistido en varias oportunidades solo se pudo reunir a toda la red mínima del paciente una vez, habiendo sido citada por el equipo para una “clínica o entrevista familiar” con el objetivo de planificar conjuntamente el alta de internación del paciente, y de reforzar importancia de que el paciente siga concurriendo a tratamiento como externo.

- *Orientar a la familia en los procedimientos a seguir para la gestión de diferentes recursos que le permitan al paciente una mayor independencia y mejorar su calidad de vida.*

Se orientó a la hija del paciente realice el trámite correspondiente para afiliar al paciente a la cobertura social correspondiente al pago de su monotributo. La cual fue OSECAC, y que le cubrió al paciente todos los elementos y estudios necesarios para su recuperación. (Silla de ruedas, colchón anti escaras, bastones canadienses, medicación, etc.).

Avanzado el proceso de rehabilitación y a partir de que el paciente pudo lograr obtener cierta autonomía y manejo independiente, se lo asesoró y oriento para la tramitación de su jubilación anticipada por discapacidad.

- *Brindar información necesaria para que la paciente pueda visualizar la importancia que tiene mantener una continuidad en proceso de rehabilitación.*

Luego de sucesivas entrevistas se incluyó al paciente por voluntad propia en el espacio de psicología, a fin de que este pueda trabajar desde otro lugar y con otras herramientas su proceso de rehabilitación, ya que se venía observando que por ciertas frustraciones como consecuencia de este nuevo cuerpo, de la pérdida de rol de sostén de hogar, y las preocupaciones personales que estas traían añadidas, el paciente no podía avanzar en su recuperación de la manera prevista.

A partir de aquí y de la concurrencia periódica al espacio de psicología se pudo seguir trabajando con el paciente su evolución en el proceso de rehabilitación y la aceptación de esta nueva situación que con su predisposición se iría modificando.

A si mismo se incluye al paciente, a solicitud de él mismo, en un grupo de recreación y actividad física, coordinado por una terapeuta ocupacional en el horario de la tarde.

• *Acompañar y apuntalar al paciente y su familia en el proceso de rehabilitación.*

A través del mantenimiento de entrevistas permanentes, se pudo generar con el paciente un vínculo de confianza, en un marco de apoyo y escucha, que le fue de soporte al paciente para comprender la situación y hacerle frente.

La familia del paciente le brindo al mismo, lo justo y necesario para seguir adelante, pudiendo observarse una organización y re-organización en la medida que el paciente iba evolucionando.

• *Generar junto con el paciente, la familia y el equipo de salud las condiciones para el alta médico.*

Al momento del cierre de la concurrencia institucional, el paciente se encuentra de alta transitoria y realizando tratamiento como externo tres veces por semana, recibiendo atención y controles de: fisiatría, terapia ocupacional, terapia física, psicología y servicio social a demanda.

El paciente marcha casi sin dificultad, se desplaza independientemente con ayuda de bastones canadienses de manera temporal. Quedando con una secuela aparentemente de manera permanente en los miembros distales.

TERCERA PARTE

ANALISIS DE DATOS

SUPERVISION

Del Modelo Institucional: La Cultura Organizacional.

En cuanto a la cultura organizacional que se da en INaRePS, puede observarse que todos los trabajadores de la institución comparten el desarrollo del trabajo sobre la base de las ideas, formas, valores, que han impulsado los mentores de la actual institución. Esto refiere a la valoración de la persona con discapacidad como un ser integral, único, y con capacidades remanentes. Por lo cual la forma de abordar cada caso es de manera interdisciplinaria y en equipo; incluyendo a las familias y los sistemas de apoyo con los que cuenta la persona, pensándolos como actores esenciales en el proceso de rehabilitación.

Si bien esta modalidad y estas pautas subyacen en la estructura organizacional, en las actitudes del personal y en la forma de emprender el día de trabajo, puede verse también como las generaciones más jóvenes, es decir, los residentes que ingresan a este mundo institucional, deben adecuarse en el cotidiano, a estas formas de construir el abordaje de los casos que llegan. Para lo cual son formados e instruidos por los trabajadores de mayor experiencia. Es así que luego de un tiempo puede verse como todos los trabajadores llegan a compartir las mismas pautas de trabajo, conocen y se identifican con la historia que hoy les presenta tales desafíos. Esto teniendo en cuenta las luchas y resistencias que se generan en un principio y que en algunos casos persiste, por el hecho de tener que adecuarse a una modalidad de trabajo que en la mayoría de los casos era hasta ahora desconocida.

En este sentido, las decisiones atinentes al caso serán tomadas en conjunto a nivel del equipo de trabajo (comité de evaluación, comité de admisión, comité de coordinación, clínicas de equipo, pases de sala, etc. los cuales funcionan todos con una periodicidad de una vez a la semana) y serán en algunos casos revisables por la dirección (equipo médico) del instituto, ya que esta se encuentra por encima en la escala jerárquica del resto de los departamentos y servicios que componen la estructura institucional.

También se puede observar una cierta naturalización de la protesta, ya que a la hora de realizar reclamos, nadie en la institución duda en parar las actividades o en cortar la ruta. Aunque en ocasiones pudo visualizarse internas entre distintos miembros de la institución y contraposición de posiciones.

Del lugar de la supervisión profesional en el servicio y del proceso de supervisión del concurrente:

El proceso de inserción institucional

Bertha Reynolds establece una serie de etapas del empleo de la inteligencia consciente en la medida que avanza el aprendizaje, o sea la supervisión, las cuales son:

1. La etapa de conciencia agudizada de uno mismo, cuyo ejemplo es el “temor a lo desconocido”. En este primer momento, la necesidad de la enseñanza en el proceso de supervisión deberá estar centrada en la persona más que en la materia. El papel del supervisor en esta primera etapa tiene ver con brindar seguridad, y en ayudar al aprendiz a encontrar una base sólida de la educación personal.

Es así que desde mi experiencia puedo decir que transcurriendo esta etapa como señala la autora experimenté miedos y ansiedades por tener que enfrentar una experiencia totalmente nueva para mí. También sentí cierta incertidumbre del como sería insertarme en una institución que aborda una problemática desconocida para mi hasta el momento, como así también tener que insertarme en un equipo de trabajo ya establecido y con su propia dinámica; lo cual me llevaba a cuestionarme cual sería mi rol y si podría llegar a cumplir con lo que se esperaba de mí. Sin embargo estos miedos y ansiedades fueron desapareciendo gracias al apoyo y acompañamiento de mi supervisora, que a su vez se desempeñaba como jefa del servicio, pero que nunca dejo de acompañarme en el proceso y genero espacios de intercambio, debate y reflexión constantes. Fue de gran importancia para mí el apoyo y acompañamiento que también recibí por parte de todo el equipo del servicio social, ya que todas tanto las de planta como las residentes fueron referentes para mí a la hora de construir mi espacio y cada una de ellas me brindo su aporte y siempre se mostraron predispuestas ante mis inquietudes.

También en esta etapa fui presentada al resto de los servicios de la institución, adquirí conocimientos de la infraestructura física de la institución, de sus procedimientos, objetivos, programas y servicios, estructura y funcionamiento, como así también de los pacientes y las patologías que recibe la institución a partir de la lectura de historias clínicas. A su vez asistí

como observadora no participante a los comités de; coordinación de horarios y de evaluación. En esta primera instancia fui incluida en un curso de primeros auxilios (con una duración de un año), y en jornadas de formación acerca de la interdisciplina y de Certificado único de discapacidad.

2-La etapa de “nadar o ahogarse”. En esta etapa el aprendiz se encuentra confuso y siente la necesidad de aferrarse a algo, de buscar en cada situación algo a lo que pueda responder. Comienza a vislumbrar lo que la gente espera de él.

Cuando se trata de estudiantes de Trabajo Social, es conveniente desde el principio utilizar la supervisión como un instrumento que permita la interrelación entre teoría y práctica. Tratando de que el estudiante sepa insertar su acción en un marco teórico conceptual más amplio y sepa analizar críticamente su propia práctica, para ello es necesario que en la supervisión se realice un meta análisis, en el que el supervisado aprenda a analizar sus propios sistemas de análisis, así como tomar conciencia de sus propias actitudes y emociones surgidas en sus intervenciones. Junto con el análisis de los problemas sociales atendidos y el apoyo instrumental y motivacional.

Una vez adquirida la confianza en mí misma y en el equipo, por el buen clima de trabajo, el apoyo y ayuda en cuanto a la problematización de los casos que las demás colegas ponían en debate; comencé a realizar tareas que me fueron brindando mayor seguridad, como por ejemplo pasar a formar parte como observadora participante en las entrevistas de evaluación, con la compañía de una profesional, así mismo de los comités de evaluación y de coordinación de horarios, a través de lo cual pude comenzar a visualizar el campo problemático y delinear los motivos y objetivos de intervención.

3-La etapa de “comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella” en esta fase el aprendiz llega a comprender de que se trata y que se espera de él. Es cuando comprende lo que debería hacer sin que el supervisor se lo diga, pero su capacidad para hacerlo sigue siendo despareja.

Este es el momento culminante del proceso de supervisión, ya que es en esta etapa cuando la situación de aprendizaje ofrece grandes oportunidades, ya que en la crítica constructiva puede aceptarse y aprovecharse mejor que en etapas anteriores.

En esta etapa ya pude comenzar a llevar adelante yo misma a las entrevistas, de orientarla y dirigirla en función de los objetivos del servicio y la institución, como así también en la redacción de tales evaluaciones en las historias clínicas. También comencé a atender la demanda no programada, lo cual fue muy interesante ya que ahí se evidenciaba la colaboración del resto del equipo en mi formación y en la solución de los problemas y

desafíos que se me iban planteando. Lo cual me permitió poder reflexionar conjuntamente con el equipo acerca de mis intervenciones y de mi desempeño pre-profesional.

A si mismo comencé a participar de las visitas al Hospital Interzonal de Agudos, para realizar allí evaluaciones de pacientes que podían llegar a tener objetivos de tratamiento de rehabilitación en el instituto; como así también a otras clínicas privadas para tal fin.

4-La etapa de dominio relativo, en la cual uno puede tanto comprender como manejar la propia actividad en el arte por aprender. En esta fase, lo que antes era realmente nuevo, ahora ya forma parte de la persona, el trabajador puede criticar su enfoque y cambiarlo si la situación así lo exige. Se llega a un punto donde el espíritu autocritico del trabajador social se pone en juego de manera positiva, creativa y trasformadora.

Aquí es de suma importancia que el supervisor otorgue al trabajador un amplio campo para su desempeño independiente, con confianza y sin temor.

En esta instancia del proceso, tanto la supervisora como el equipo de permitió desenvolverse de manera más independiente, con confianza a la hora de llevar a cabo mis intervenciones y de la toma de decisiones, aplicación de estrategias, etc. Es así que comencé a participar activamente de los comités, ya presentando mis casos, dando mi opinión y brindando al equipo interdisciplinario mis propuestas de abordaje. También comencé a evaluar pacientes en el H.I.G.A, participe también activamente de la junta de certificado único de discapacidad aportando para la toma de decisiones desde este espacio, participe activamente de la evaluación y seguimiento de pacientes con atención domiciliaria; realizando el seguimiento de los casos que se me iban asignando.

Ya en esta etapa las orientaciones, derivaciones, asesoramiento y redacción de informes eran más organizados, dirigidos y enfocados en mis objetivos, los objetivos del servicio social y de la institución en sí.

5-La etapa de aprender a enseñar lo que se ha dominado. Lo cual no implica que en este momento que el trabajador se convierta en supervisor o que el estudiante se convierta en maestro. Aquí la tarea del supervisor está centrada básicamente en la evaluación del personal a su cargo, tratando de asegurar la propiedad y pertinencia de los objetivos del programa, y que los supervisados sean capaces de enfrentar las dificultades que se presenten, intentando solucionarlas. Para ello debe contribuir a desarrollar la motivación personal, y mejorar su rendimiento y competencia profesional mediante el establecimiento del reciclaje necesario.

Considero que esta experiencia me brindo muchas herramientas para mi futuro desempeño, pero aun así considero que el rol es un proceso de construcción constante y que se

desarrolla con y junto con el otro. En este sentido considero que aún queda un largo camino por recorrer de formación y reflexión constante en un marco que así me lo permita.

Conclusiones respecto de la experiencia en Sede y en el espacio Cátedra:

Considero que la práctica supervisada fue de gran importancia como cierre del proceso de mi formación pre-profesional ya que me permitió poder construir mi propia identidad como futura trabajadora, construir mi espacio dentro de una institución a la que me pude adecuar y acoplar en la modalidad de intervención y abordaje de la persona y su problemática.

A si mismo me permitió identificarme con un grupo de futuras colegas que fueron de gran importancia en el buen desarrollo de mi proceso de aprendizaje, y se llegaron a convertir en referentes a nivel profesional, personal y ético. Habiéndome brindado las herramientas necesarias para la construcción del rol y perfilarme profesionalmente, a través de la escucha, el acompañamiento, la reflexión, crítica y autocrítica constantes e indispensables en el proceso de aprendizaje.

Así también esta experiencia me permitió conocerme en el rol, visualizar mis debilidades y limitaciones, como así también mis fortalezas y habilidades.

Respecto de la experiencia en el espacio taller de la cátedra me permitió;

Un reconocimiento de mis capacidades intelectuales y emocionales y limitaciones propias y de los otros.

El respeto de los tiempos y espacios institucionales.

Comunicación con profesionales de otras disciplinas a través del desarrollo de un vocabulario técnico, al que la supervisora de en el espacio de taller supo favorecer, con el diálogo, escucha, respeto, reflexión y debate constante. Como así también la incorporación de categorías de análisis específicas de supervisión, del campo abordado, de la institución sede y las problemáticas atendidas.

Comprensión del significado de la supervisión y de los objetivos que esta persigue.

Capacidad de elaborar un plan de acción viable, en función de los aportes recibidos durante mi formación académica en la experiencia de supervisión-taller y en el trascurso de la experiencia en sede.

Propuestas luego de realizada la experiencia de practica supervisada de pre grado.

En relación al objetivo general de la institución: "Lograr la rehabilitación integral del paciente, brindando apoyo científico que la familia requiera tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tenga conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad".

Es que propongo en función de la última parte de este objetivo, que refiere a la educación y concientización comunitaria;

-La realización de jornadas de intercambio que posibiliten un conocimiento acerca de la discapacidad, de sus implicancias y su impacto en los sujetos individuales y colectivos, como así también de los ajustes razonables³⁸ que deben ser aplicados a nivel de políticas públicas; como así también todo lo atinente a la legislación vigente, sea de cobertura social, automotores, certificado único de discapacidad, etc. Esto con el fin de que la institución (Inareps) ponga a disposición de la comunidad, la familia y de las personas con discapacidad toda la información que posee y pueda compartir de manera más general y focalizada a la vez; sus conocimientos especializados respecto de esta problemática.

³⁸ Convención Sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ley 26.378.ARTICULO 2

A modo de Conclusión.

Puedo decir que este proceso exploratorio, respecto de los orígenes de la profesión, y de los consecuentes proceso de intervención, me dio la posibilidad de un análisis objetivo y me aportó una gran riqueza conceptual a la hora de pensar y reflexionar sobre estas cuestiones, A su vez pude ver como esta heterogeneidad conceptual ha contribuido por un lado al crecimiento de la profesión en muchos sentidos, mientras que por otro contribuyo y aportó a la confrontación y debate de ideas en pos de lo que realmente le da sentido a nuestra profesión: La gente, el pueblo, y en este análisis específico: las personas con discapacidad.

ANEXO

ENTREVISTA Nº 1

Fecha: Julio 2012

Institucion: I.Na.Re.P.S (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur)

Entrevistado: Se mantiene reserva del entrevistado.

Tipo de Institución-Origen: data del año 1950, cuando no existía en nuestro país ninguna institución oficial dedicada integralmente a la rehabilitación motora; sólo esfuerzos aislados de algunas instituciones privadas que deban cumplimiento limitado a estas tareas.

En este contexto se crea en la ciudad de Mar del Plata una entidad sin fines de lucro, el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados, que adopta la sigla de CERENIL.

La iniciativa deviene de un grupo de padres con alto poder adquisitivo, cuyos hijos padecían la enfermedad de poliomielitis, quienes conforman una cooperadora para la sustentación de dicho centro.

Uno de los principales pilares del proyecto fue el Dr. Juan Otimio Tesone, médico argentino especializado en neuroortopedia, quien concurre a Estados Unidos con el objetivo de instrumentarse con las últimas estrategias de intervención que luego serán desarrolladas en la institución.

A partir de la creación de la vacuna contra la poliomielitis, se ve reducido el número de afectados por la enfermedad, hasta su erradicación. Al desaparecer la demanda del servicio brindado, la comunidad deja de colaborar con el centro. Sumado a esta situación y promediando la década del '70 la República Argentina entra en grandes luchas políticas y socioeconómicas.

CERENIL se ve privado en este contexto, de su sustento primordial: la clásica rifa de automotores.

Ante esta situación ni el Estado Municipal, ni el estado Provincial, se hacen eco de la problemática institucional, transfiriéndose el Sanatorio Escuela a la administración Nacional; con la única consigna de perseverar en la rehabilitación de secuelas motoras. Tomando a partir de 1976 la denominación de "Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur" (I.Na.Re.P.S.), dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

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

Personal: Las disciplinas de este equipo son: enfermeros, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, kinesiólogos o fisioterapeuta, fonoaudiólogos, psicólogos, asistentes sociales, ortesistas-protésistas, recreación y deportes, y médicos.

En estos últimos, se atienden especialidades tales como, fisioterapia (medicina física y rehabilitación), ortopedia, neurología, clínica médica, Pediatría, Urología, ginecología, cardiología, neumonología, reumatología, oftalmología, cirugía plástica, psiquiatría, odontología, bioquímica, farmacia, cirugía y radiología

Población que asiste: Las personas derivadas a la institución, padecen discapacidades físicas que, en la mayoría de los casos afectan, su movilidad e independencia.

Las patologías, sobre las cuales se asientan las demandas son: lesionados medulares severos, secuelas de traumatismo encéfalo craneanos, amputados, reumáticos, secuelas de accidentes de tránsito, secuelas posquirúrgicas, hemiplejías, mielomeningocele, secuela de poliomielitis, esclerosis múltiples, accidentes cerebro vasculares, parálisis cerebral, etc.

Objetivos: lograr la rehabilitación integral del paciente, brindando el apoyo científico que la familia requiera y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tenga conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad.

Modalidad de trabajo, es la de un equipo interdisciplinario que se orienta de acuerdo a los valores remanentes que posee el *paciente* y con la participación de la familia.

El Hacer del Servicio Social: El Servicio Social estuvo presente desde los inicios de la institución, en el año 1958, cuando esta llevaba el nombre de Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL).

La función del Asistente Social fue evolucionando, desde un rol netamente asistencial y Pro-médico, centrado en el eje de la respuesta al tratamiento, hacia otro más activo y de cambio, que considera al paciente y a su familia. Esto se corresponde, con el surgimiento de nuevas conceptualizaciones y corrientes de pensamiento en la disciplina y con los

cambios políticos, sociales y económicos en el ámbito nacional. En el año 1992, dado el contexto político económico en el que se plantea la transferencia de las instituciones nacionales hacia organismos provinciales, comienza al interior del Servicio Social del instituto, un cambio de perfil, iniciando un movimiento de lucha político institucional, con el propósito de cumplir tanto con la defensa de la institución y su perfil en el ámbito de la Nación, como en la protección de los derechos de las personas con discapacidades.

PREGUNTAS:

1- ¿El Servicio Social, siempre estuvo vinculado al abordaje y atención de la discapacidad en el ámbito del partido de Gral. Pueyrredón?

Desde los comienzos de la institución como Cerenil y como hospital escuela, el Servicio Social siempre estuvo presente en el abordaje de la Rehabilitación, ya que el mismo siempre fue interdisciplinario. Si bien en esos primeros momentos el título era de visitadoras de higiene, desde un lugar de personas idóneas y desde el voluntarismo, con un rol para-médico orientado a satisfacer las necesidades del paciente y su grupo familiar.

2-"Podrías contarme como has ido viendo la evolución del paradigma en rehabilitación a lo largo del tiempo en tu actividad profesional"

El Cambio de paradigma se puede ver a través del pasaje del abordaje de los pacientes que solo padecían polio, que en su mayoría eran niños; y que, eran abordados desde neuroortopedia para ser alineados y re-ajustados. Con una fuerte predominancia del modelo médico hegemónico. Luego a partir del 70'-80'acabado el brote de Poliomiélitis, deja de verse la rehabilitación y la discapacidad solo ligado a esto. Se deja de ser un hospital escuela, y se amplía la atención en función de nuevas demandas y de comprender la discapacidad más ampliamente.

En este periodo el Servicio Social se ve atravesado por el proceso de Reconceptualización, que produce un giro en torno a la comprensión y atención del sujeto. Se pasa de ver al paciente como un objeto de tratamiento que debía rehabilitarse sin más. Para comenzar a pensarlo como un sujeto de derechos, como un todo integral, y con un rol fundamental y activo en cuanto a su rehabilitación, con participación plena en la planificación de los objetivos a seguir.

Hacia el 82, se comienza a dar un proceso de cambio en relación a la perspectiva de abordaje desde el Servicio social, que en esos momentos era una oficina de servicio

calificado, con rol subsidiario y pro-medico. Se comienza a plantear el trabajo y el abordaje desde un pie de igualdad con el resto de las disciplinas, el servicio social comienza a incluirse en la planificación. En los 90 la intervención desde lo social en términos de satisfacción de las demandas, comienza a complejizarse debido a la falta de cobertura desde las políticas sociales, dado que la salud se comenzaba a ver como un gasto y no como inversión.

Para llegar a la actualidad en donde se puede decir que ha habido un avance en términos de cobertura social, en legislación, que permiten pensar en la mejora de la calidad de vida de las personas desde otro lugar y con otras posibilidades de acción, ya que ahora el objetivo deja de ser el conseguirle una pensión al sujeto y mandarlo a su casa, se sale del rol de gestor propugnado en los 90, para trabajar en pos de la construcción de un proyecto de vida, de la autonomía, de pensar en la integración del sujeto a través del trabajo, la educación, el deporte. Esto le permite al T.S pensar en la integralidad del sujeto en tanto totalidad, y de ver a ese sujeto como sujeto de derechos. En cuanto a lo metodológico, actualmente el Servicio Social no se restringe a un único paradigma. Se trabaja con un método crítico, con una postura respetuosa por el otro, y que cada caso es particular, en el cual se pueden desplegar múltiples estrategias. El modo de intervenir es una construcción con el otro. A su vez las definiciones se toman interdisciplinariamente de manera conjunta e igualitaria en pos de este cambio de perspectiva, que tienen que ver trabajar en pos de lo que la persona tiene, es decir, de sus capacidades remanentes y no en función de lo que perdió.

3- Se podría decir que estos cambios paradigmáticos están vinculados a transformaciones de la sociedad en cuanto a la mirada de la discapacidad y el abordaje de la misma. ¿En esos cambios como se han insertado las demás profesiones, en el marco del trabajo interdisciplinario?

Se puede decir que la adhesión a los nuevos paradigmas no es completa, han profesiones que han adherido más rápidas que otras. Si bien este modo interdisciplinario de abordar al paciente existe desde hace 54 años, se han ido rompiendo moldes, y lo que se busca es poner el énfasis en el “objeto” que es un sujeto que debe ser rehabilitado. Y se trabaja de manera conjunta para que este sujeto histórico logre desarrollar un proyecto de vida que lo integre y lo haga feliz.

4- **¿Como piensas el rol del Trabajo Social crítico desde el ámbito de la discapacidad? posibilidades, obstáculos.**

Los obstáculos," somos nosotros mismos"Personalmente siempre he sostenido una postura crítica, y la he podido mantener y transmitir a lo largo del tiempo. Ya que creo que como colectivo profesional en este campo hemos actuado como facilitadores de los cambios paradigmáticos, buscando siempre darle el papel central al sujeto y a la familia como sujetos constructores de su historia. Siendo de fundamental importancia su participación en la toma de decisiones.

Este trabajo demanda una coherencia ideológica y un compromiso que deben ser sostenidos, para poder mantener esta metodología de trabajo y para reforzar la confianza de los sujetos, que es la que nos permite superar los momentos de crisis y que la construcción sea conjunta.

ENTREVISTA Nº2

Fecha: Julio 2012

Institución: CILSA

Entrevistado: Se mantiene reserva del entrevistado.

Tipo de Institución-Origen: *CILSA se funda en la ciudad de Santa Fe el 14 de mayo de 1966, por iniciativa de un grupo de personas con discapacidad motriz y el apoyo de un sector de especialistas en rehabilitación.*

El objetivo principal de esta fundación fue desarrollar actividades deportivas y socioculturales, haciendo que la -hoy conocida como O.N.G.- naciera como un club. Con el tiempo, y gracias a distintas experiencias que se fueron sumando al proyecto, pasamos a considerar otras áreas que tenían estrecha relación con la problemática de las personas con discapacidad, haciéndonos eco de las necesidades que los propios beneficiarios, nuestros pares, nos fueron acercando.

Esos planteos iban más allá de las prácticas recreativas y deportivas, concentrándose en las necesidades especiales de quienes no sólo sufrían la discapacidad física o sensorial

sino que, además, eran marginados del mundo laboral, educativo, recreativo, afectivo y social.

Así, conforme fueron pasando los años y tejiéndose la historia de esta O.N.G., la atención de nuestras playas de estacionamiento, uno de los primeros proyectos desarrollados por CILSA, y la formación de una cooperativa de trabajo entre nuestra propia gente, fueron las respuestas iniciales a esta necesidad, la cual se fue modificando con el tiempo.

La discapacidad fue y es pensada de diferentes maneras a lo largo de la historia. En este sentido, recorreremos tres modelos, distinguidos por Agustina Palacio, a partir de los cuales se la definió:

Modelo de prescindencia: Posiblemente contextualizado en la antigüedad clásica y en las sociedades griega y romana, explica los orígenes de la discapacidad desde nociones religiosas y excluye a las personas con discapacidad de la sociedad a través de políticas eugenésicas o de marginación.

Modelo rehabilitador: Consolidado en el siglo XX, pone en juego explicaciones científicas para entender el origen de la discapacidad y plantea la posibilidad de “normalización” de las personas con discapacidad a través de un proceso de rehabilitación.

Modelo social: Vigente en la actualidad y proclamado por documentos internacionales de derecho, entiende a la discapacidad como un fenómeno social en tanto señala que las limitaciones que padecen las personas con discapacidad provienen de la sociedad, la cual falla en prestar servicios adecuados y en asegurar que se cumplan los derechos de todas las personas por igual. Mientras se considere que la discapacidad es socialmente determinada, se propone la inclusión de las personas que integran este colectivo a partir de una superación de barreras que existen para equiparar el acceso a los derechos.

Por su parte, ***CILSA adhiere a la definición planteada en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*** que la reconoce como “parte de la diversidad y la condición humana” y que la define del siguiente modo: “las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diferentes barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.”

Este modo de concebir a la discapacidad permite abrir nuevos caminos de intervención y abordaje. Así, lo que se busca es equiparar las oportunidades para el desarrollo en sociedad en los distintos ámbitos como educación, trabajo, salud y recreación, entre otros.

Área de Influencia: CILSA cuenta con presencia institucional en las provincias de Santa Fe, Mendoza, Córdoba, Rosario, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Plata, Mar del Plata, Puerto Madryn, San Miguel de Tucumán y Río Cuarto, así como también en la ciudad española de Málaga

Misión: Promover la inclusión plena de personas provenientes de sectores marginados de la sociedad, especialmente personas con discapacidad y niños y niñas en situación de vulnerabilidad.

Meta: Vencer las barreras ideológicas para lograr una sociedad que no discrimine ni margine, brindando a todos los individuos igualdad de oportunidades para su desarrollo.

Objetivos:

- ✓ Generar conciencia en la comunidad sobre la importancia de construir una sociedad inclusiva y promover la participación activa
- ✓ Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través de proveer un elemento ortopédico que facilite la movilidad
- ✓ Brindar contención y trabajar por los derechos de los niños provenientes de familias de escasos recursos económicos
- ✓ Acercar la posibilidad a las personas con discapacidad de acceder a una formación académica superior, una capacitación profesional y al conocimiento de las herramientas tecnológicas promoviendo así su inclusión social y laboral
- ✓ Promover el desarrollo de actividades deportivas y recreativas utilizándolas como medio de inclusión social

El Hacer del Servicio Social: Trabaja en la selección, asignación de elementos ortopédicos, como así también del seguimiento de la persona y la familia a la que se le realiza la entrega. Se reconoce que esta actividad es de corte asistencialista y se ve como debilidad el hecho de que estos se realizan de manera telefónica o a partir del acercamiento de la persona a la

institución, ya que por una imposibilidad horaria de la profesional no pueden realizarse salidas de campo. A pesar de esto la profesional destaca la buena relación y la consolidación de vínculos con los beneficiarios. También se trabaja desde la orientación previsional, en la realización de gestiones y en la atención de todo tipo de consultas de la persona y sus familias. También se realizan derivaciones a través de los contactos interinstitucionales. Actuando como mediador en la satisfacción de demandas y necesidades.

PREGUNTAS:

1-¿Cuál es el marco institucional que orienta la intervención profesional desde el Servicio Social? objetivos, misión institucional, finalidades, etc. ¿Cómo ha sido la construcción de este encuadre en relación a los grandes cambios paradigmáticos(enfoque) que han determinado el abordaje de la discapacidad?

El encuadre institucional, es decir, los objetivos, la misión institucional, etc., en estos más de 40 años, se han ido modificando y acompañando los avances y cambios paradigmáticos en relación a la mirada de la discapacidad.

2-¿Cómo se vincula lo anterior con la ratificación por parte de nuestro país de la Convención Internacional de derechos de las personas con Discapacidad ? Por ejemplo, se han ido anexando tanto a los objetivos como a los programas, en función de los nuevos debates y la nueva política en discapacidad, por ejemplo se cambió la idea de integración por la de inclusión, se amplió a la participación desde el deporte, la capacitación, el trabajo; antes estaba más enfocado hacia la niñez, la escuela primaria y ahora se amplía hacia la educación secundaria, la universidad y los jóvenes y a adultos.

3-En términos de la promoción del derecho inclusivo ¿Qué acciones-actividades se desarrollan en el marco de la intervención, en pos de la dignidad y la autodeterminación del sujeto?

Al Programa Nacional de Entrega de Elementos Ortopédicos, el cual con su aporte desde 1995 contribuyen a que niños y también adultos obtengan un elemento ortopédico y se favorezca a la inclusión social. Se han anexado por ejemplo, el programa Nacional de Concientización, que si bien data de 1997, actualmente se está trabajando en un convenio con el EMTUR (Ente Municipal de Turismo de Gral. Pueyrredón) donde ya se ha comenzado a trabajar en torno a la accesibilidad, al diseño universal, y a los ajustes

razonables en torno a la inclusión, de los cuales habla la Convención para las personas con discapacidad, también se está capacitando al personal de hoteles y se realizan talleres vivenciales con estos como así también en las escuelas, universidades, etc.

En 2007 se anexo también el Programa Nacional de Becas y Oportunidades, que les permite a personas con discapacidad o en situación de vulnerabilidad social acceder gratuitamente a una formación académica de grado y post-grado, a través de becas de educación superior, cursos de formación laboral y capacitación de herramienta tecnológicas, con el fin de favorecer la inclusión educativa, social y laboral.

En 2001 se anexo el Programa Nacional “Un niño un Abuelo” donde niños y familias de escasos recursos asisten a diario a los 34 Hogares de Día que CILSA posee en todo el país, donde reciben alimentación, educación, recreación, orientación en la salud y aprenden a conocer y a hacer respetar sus derechos.

En este marco se anexo aquí en Gral. Pueyrredón el Centro de Día UNUF (Un niño un Futuro), en el cual hay Presencia del Servicio Social y de Psicología y se trabaja con el niño/a y su familia en situación de riesgo.

En CILSA, consideramos a las personas con discapacidad como seres integrales y trabajamos en pos de la inclusión y de lograr una mayor autonomía. Para lo cual consideramos que es necesaria la participación de toda la sociedad y de ir ajustándonos a los nuevos debates y a las nuevas legislaciones y políticas que se desarrollan en torno a la temática.

DOCUMENTOS VINCULADOS A LA EXPERIENCIA DE PRE GRADO

PROTICOLO DE EVALUACION INSTITUCION SEDE.

Fecha de Presentación a la Cátedra: anterior al receso invernal

DIMENSIONES E INDICADORES		1	2	3	4	5
1 nunca-2 pocas veces-3 algunas veces-4 la mayoría de las veces-5 siempre						
I. CAPACIDAD DE ORIENTAR EL TRABAJO HACIA LOS FINES DE LA INSTITUCION						
Reconoce las problemáticas susceptibles de ser tratadas elegibilidad-admisión					X	
Contextualiza la intervención según misión institucional y objetivos del servicio					X	
Reconoce el rol prevalente ej. educación: orientación - justicia: control –desarrollo social: promotor –salud: terapéutico					X	
Orienta la derivación oportuna y adecuada de las problemáticas o aspectos no tratables por el servicio o la instituc.				X		
Trabaja adecuadamente la articulación: define toma a cargo su campo y delega los aspectos a cargo de los otros						
II. CAPACIDAD PARA LA GESTION DEL CASO SOCIAL INIVIDUAL FAMILIAR COMPETENCIA METODOLOGICA						
Focaliza , direccionar la investigación					X	
Analiza conceptualiza y sintetiza diagnóstico					X	
Diseña un plan de acción coherente y viable					X	
Evalúa la intervención					X	
Cierra la intervención					X	
Sistematiza la intervención redacción de informes						
CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PROBLEMATICAS PREVALENTES						
Teorías psicosociales						
				X		
				X		
Marcos legales				X		
Aspectos constitutivos y consecuencias para la vida cotidiana						
CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES -MATRIZ INSTITUCIONAL-						
Identificación y adecuación pertinente				X		
CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS -SISTEMA INSTITUCIONAL.						
Manejo adecuado de los que registra el servicio				X		



ANEXO I



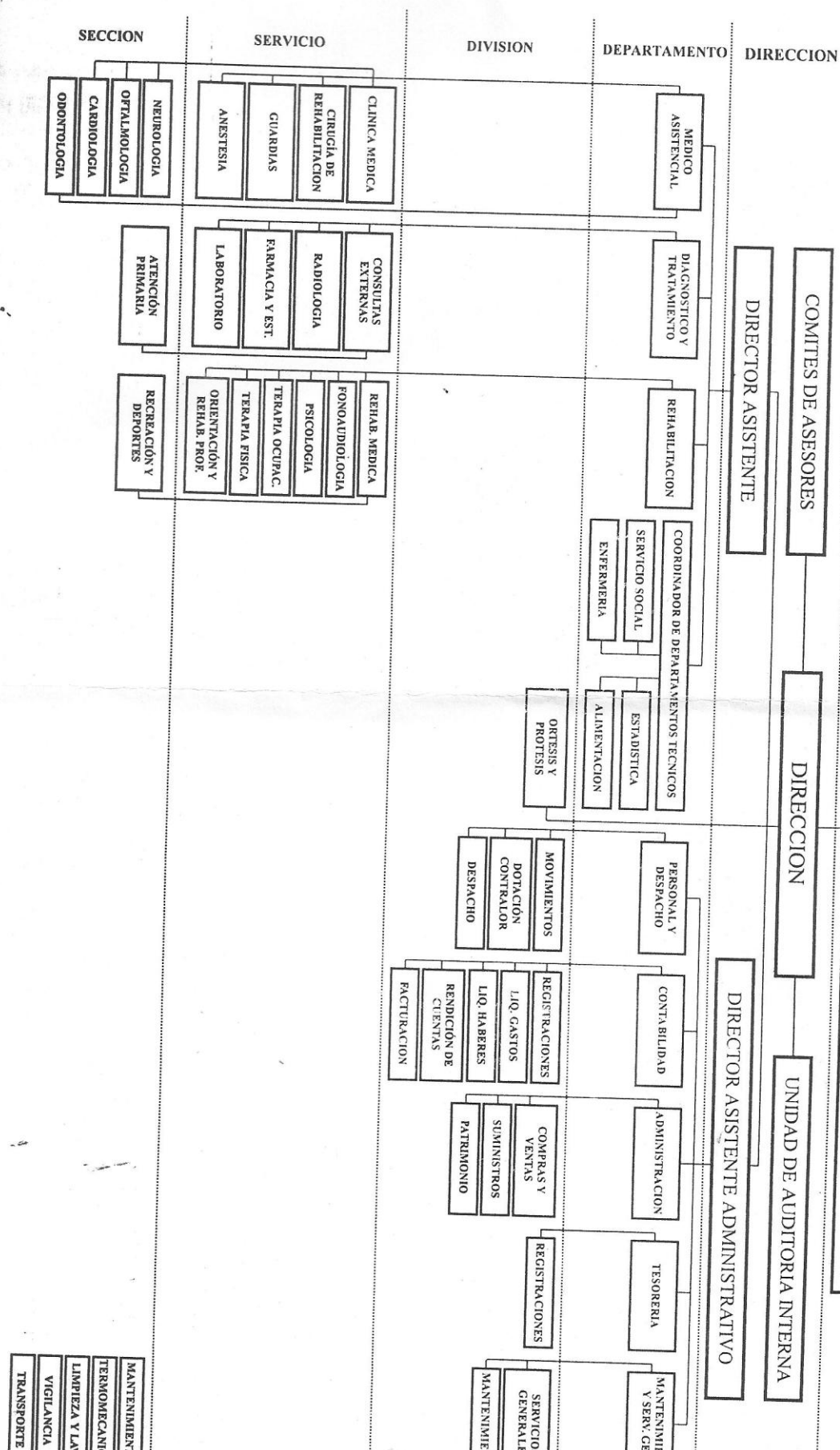
Ministerio de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
PSICOFISICA DEL SUR

Estud. Gisels Capliani
2011

FORMULARIO DE CALIFICACION

FACTORES APTITUDINALES- Y ACTITUDINALES	CONCEPTO- PUNTAJE				
	Sobre Salient e (10)	Muy Bueno (9-8)	Bueno (7-6)	Regular (5-4)	Deficient e (3-4)
1. COMPETENCIA PROFESIONAL PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO: Dominio de su trabajo y tareas relacionadas con el cargo que desempeña.			X		
2. CUMPLIMIENTO CON EL TRABAJO: Capacidad de completar estudios, análisis y proyectos de acuerdo a metas y plazos originalmente pactados.			X		
3. CAPACIDAD ANALITICA: Aptitud para identificar problemas, valorando con claridad sus componentes y posibles soluciones.			X		
4. INTERES POR EL TRABAJO: Nivel de rendimiento y disposición que se mantiene aún en periodos difíciles afin de lograr lo que se ha emprendido			X		
5. APTITUD FORMATIVA: Grado de preocupación por la formación propia.		X			
6. CAPACIDAD DE AESORAMIENTO E INFORMACION: Habilidad para la transmisión del conocimiento en la presentación de informes verbales o escritos.			X		
7. COLABORACION: Empeño en alcanzar los objetivos comunes a través del interés demostrado por el trabajo propio y el de los demás.		X			
8. INICIATIVA: Capacidad de pasar a la acción asumiendo riesgos para alcanzar objetivos en programas o proyectos fuera de las rutinas establecidas para el Sector					
9. AUTONOMIA: Capacidad para conducirse con independencia dentro del marco normativo y legal.				X	
10. ADAPTABILIDAD: Capacidad para manejarse en situaciones que impliquen cambios o alteraciones en las actividades previstas y generar nuevos cursos de acción, de acuerdo con las demandas cambiantes.				X	

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PSICOFISICA DEL SUR



- MANTENIMIENTO
- TERMOMECANICA
- LIQUIDEZ Y LAV.
- VIGILANCIA
- TRANSPORTE

VI. BIBLIOGRAFIA

- Agustina Palacios y Francisco Bariffi: "La discapacidad como una cuestión de derechos". Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones CINCA, 2008.- Normativa internacional creada en el contexto de la O.N.U. (2006), firmada (2007) y ratificada (2008) por la Argentina.
- O.N.U. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006. Art. 3
- O.N.U. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006. Art. 1
- Cuestión social, vida cotidiana y debates en trabajo social, tensiones, luchas y conflictos contemporáneos. Compiladores: Manuel W. Mallardi-Liliana B.Madrid-Adriana Rossi.1ªEdición, 2011. Buenos Aires. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Aportes táctico-operativos en los procesos de intervención del trabajo social. Andrea A. Oliva y Manuel W.Mallardi (coord.)Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.Tandil.2012.
- El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo Social y formación profesional. Profesional Marilda lamamoto. Ed. Cortez Editora.
- Trabajo Social: Critica de la vida cotidiana y Método en Marx. José Paulo Netto. Marina Copello y Carolina Mamblona compiladoras.2012
- .Revista Telemática de Filosofía del Derecho, nº 10, 2006/2007, ISSN 1575-7382, pp. 33-52.La falacia del todo: claves para la crítica del holismo metodológico en las ciencias sociales y jurídicas, Minor E. Salas
- María Cristina Melano. Un trabajo Social a para los Nuevos Tiempos. La Construcción de la Ciudadanía. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires.2001
- Sonia Severini (coordinadora) y otros. Trabajo Social y Compromiso Ético. Asistencia o Resistencia. Editorial Espacio. Buenos Aires.2005
- Susana Leonor Malacalza. Desde el Imaginario Social del Siglo XXI. Repensar el Trabajo social. Editorial Espacio. Buenos Aires.2003.
- Eduardo. L. Menéndez. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción la enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Editorial Lugar. Buenos Aires 2010.
- Cecilia Aguayo. Las Profesiones Modernas: Dilemas del conocimiento y del poder. Un análisis para y desde el Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires.2007
- Alfredo Carballeda. Del Desorden de los cuerpos al Orden de la Sociedad. Editorial Espacio. Buenos Aires.2004.

-Cora Escolar-Juan Besse (coordinadores). Epistemología Fronteriza .Puntuaciones sobre Teoría, Método y Técnica en Ciencias Sociales. Editorial Eudeba. Buenos Aires.

- Nora, Mendizábal. Estrategias de investigación cualitativa.

-Puig de la Bellacasa, R. "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad". En "Discapacidad e información". Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid 1990.

- Adrian .O. Scribano. El proceso de investigación social cualitativo.

-Trabajo Social: Critica de la vida cotidiana y el Método en Marx. José Paulo Netto. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Marzo 2012.

-Aquin, Nora (2006) (comp.) Reconstruyendo Lo Social. Espacio Editorial 2006.

-Castel, Robert (1997): Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Barcelona, Paidós.

-De Souza Santos, B (2006) Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social. Encuentros en Buenos Aires. 1ra edición. 1ra reimpresión. CLACSO. Buenos Aires.

-Robert Castell. (2004) Desigualdad y Globalización

-Castel, Robert (2004): La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?, Buenos Aires: Manantial.

-Castel, Robert (2010). El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Buenos Aires: FCE..

-Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación (CIDAP-2) (1998). O.M.S. En. <http://who.int/icidad/>.

-Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. (CIDDM) (1982). Instituto Nacional de Servicios Sociales. O.M.S. Madrid. En: <http://who.int/icidad/>.

-Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIDDM-2). (2001). O.M.S. En: <http://who.int/icidad/>.

-Declaración de Salamanca. Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales (1994, 7-10 de junio). Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad. Salamanca. España. UNESCO. En: <http://www.unesco.cl/esp/atematica/educinclusiva/>

- Dell'Anno, A.; Corbacho, M.; Serrat, M. (coord.) (2004). Alternativas de la Diversidad Social: Las Personas con Discapacidad. Grupo de Trabajo sobre la Problemática de la Discapacidad. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Doc. de ONU sobre la Convención, Derechos de las personas con discapacidad. 2006/07
- Marx, K (1970) Introducción general a la crítica de la economía política/1857. 3ra edición. Ediciones Pasado y Presente. Buenos Aires.
- Montaño Carlos y Elisabete Borgianni (Orgs.). Metodología y Servicio Social. Cortez Editora, Brasil 2000.
- OIT Conferencia Internacional del Trabajo, 101. reunión, 2012
- Informe IV. Piso de protección social.
- Samperio, Elsa (2011) Protección social, claros oscuros de un concepto en el hacer de las prácticas sociales. XI congreso nacional de trabajo social y 1º conferencia Latinoamericana de bienestar social y trabajo social. Montevideo, Uruguay.
- Klimovsky, G Hidalgo, C (2001) La inexplicable sociedad. Cuestiones de epistemología de las ciencias sociales. 3ra edición. A-Z editora. S.A. Buenos Aires.
- Daniel Bertaux (2005). Los relatos de vida. La perspectiva etnosociológica. Ed. Balleterra
- Nora Mendizábal (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino, I (coord.)(2006) Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa. Cap.2
- Guillermo Neiman y G.Quaranta (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En: Vasilachis de Gialdino, I (coord.)(2006) Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa.Cap. 6
- Sautu Ruth. El método biográfico. Ed. Lumiere 2004. Cap. I y II
- .Luis Enrique Alonso.(1995) Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J.Delgado y J Gutiérrez: Métodos y Técnicas cualitativas de investigación. Cap. VIII. .Ed. Síntesis, Madrid.
- Ruiz Ruiz, Jorge (2009) Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas [71 párrafos] Forum Qualitative Social Research 10(2), Art. 26, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn>