



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

**Tesis**

**“Personas Con Discapacidad desde una mirada del Trabajo Social, con perspectiva de género, en el Servicio de Rehabilitación Hospital Subzonal Santa Teresita de Rawson- Chubut”.**

**Tesis de grado para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social**

**Autora: Rosalía Ema Milipil**

**Directora: Prof. Giselle Lapalma**

**Trelew Chubut, 2017-2021**

## Indice

Resumen.....	7
Introducción .....	8
Objetivo General.....	11
Objetivos específicos .....	11
Supuestos de investigación .....	11
Metodología.....	11
Estado de la Cuestión.....	13
Marco Teórico.....	17
Discapacidad.....	17
Trabajo Social .....	18
Trabajo Social y DDHH .....	21
Trabajo Social y Salud.....	25
Trabajo Social y Discapacidad .....	26
Enfoque de Exclusión social.....	28
Enfoque de vulnerabilidad .....	29
Enfoque de Inclusión Social de la Discapacidad .....	30
Modelos de Discapacidad .....	31
Personas con discapacidad.....	34
Intervención en trabajo social con PCD .....	35
Sujete .....	36
Sujete de derecho .....	39
Familia .....	40
Vida cotidiana.....	45
Género.....	49
Perspectiva de género de las PCD .....	50
Institución .....	53

Estereotipos, estigmas.....	55
Resiliencia.....	56
Marco Legal. Mirando la legislación utilizada .....	57
Legislación referente a género .....	60
Capítulo 1: Construyendo y conociendo la realidad histórica del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson. ....	63
1.1 Rawson, Capital de la Provincia de Chubut. ....	63
1.2 Historia del Hospital Sub Zonal “Santa Teresita” de Rawson Chubut.....	70
1.3 Conociendo y describiendo el Servicio de Rehabilitación Hospital “Santa Teresita” de Rawson .....	72
1.3.1 Estructura organizacional del Servicio de Rehabilitación Hospital “Santa Teresita” de Rawson .....	73
Capítulo II: Reconociendo la situación e interpretando los datos recolectados .....	77
2.1 Breve relato de un integrante fundacional del Servicio de Rehabilitación de Rawson.....	77
2.1.1 Estructura del programa de rehabilitación .....	81
2.1.2 Conociendo el circuito interno del Servicio de Rehabilitación .....	82
2.1.3 Internalizando el concepto Covid–19, para entender de qué manera modificó el circuito de atención de las PCD y el personal del Servicio de Rehabilitación .....	84
2.1.4 De qué manera se trabaja internamente con les PCD a partir de esta nueva realidad mundial de COVID–19 en el Servicio de Rehabilitación.....	86
2.2 Realidades del Servicio de Rehabilitación.....	90
2.3 Entrelazando y analizando vivencias compartidas entre PCD, familia y personal Servicio de Rehabilitación de Hospital Sub zonal “Santa Teresita”. ....	94
2.4 Análisis de las entrevistas en primera persona, a sujetos con discapacidad .....	99
2.4.1 De qué manera se reconocen los estereotipos y estigmas en les sujetos con discapacidad.....	101
Capítulo III: Análisis e interpretación de datos recolectado de les sujetos que intervienen en el Servicio de Rehabilitación. ....	106

3.1 Conociendo las instituciones que se relacionan de alguna manera con el Servicio de Rehabilitación y con las PCD .....	106
3.2 Analizando e interpretando cómo se vinculan las PCD y personal del Servicio de Rehabilitación; y los conceptos discapacidad y resiliencia .....	110
3.3 Problematicando la situación. ....	115
Capítulo IV: Rol del Trabajo Social hacia las PCD.....	122
4.1. <i>La intervención Profesional del trabajador social</i> .....	122
4.2 Propuestas de intervención del trabajador social. ....	124
4.3 Propuestas de intervención, visualizando los talleres y el Servicio de Rehabilitación y las PCD.....	136
Conclusiones.....	143
Bibliografía .....	147
<b>Ilustración 1</b> .....	<b>65</b>
<b>Ilustración 2</b> .....	<b>66</b>
<b>Ilustración 3</b> .....	<b>67</b>
<b>Ilustración 4</b> .....	<b>68</b>
<b>Ilustración 5</b> .....	<b>68</b>
<b>Ilustración 6</b> .....	<b>71</b>
<b>Fotografía 1 - Mini hospital de Playa Unión</b> .....	<b>72</b>
<b>Fotografía 2 - Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”</b> .....	<b>75</b>
<b>Fotografía 3 - Poniendo vida al lugar</b> .....	<b>80</b>
<b>Fotografía 4 - Manteniendo distancia</b> .....	<b>87</b>
<b>Fotografía 5 - No más de tres</b> .....	<b>87</b>
<b>Fotografía 6 - Nos preparamos para la batalla</b> .....	<b>88</b>
<b>Fotografía 7 – Entrelazando vínculos por amor</b> .....	<b>98</b>
<b>Fotografía 8 - Discapacitade ¡no!</b> .....	<b>104</b>
<b>Fotografía 9 – Acompañando en tiempos de pandemia</b> .....	<b>113</b>
<b>Figura 1</b> .....	<b>64</b>
<b>Figura 2</b> .....	<b>75</b>
<b>Figura 3</b> .....	<b>81</b>
<b>Figura 4</b> .....	<b>109</b>
<b>Figura 5</b> .....	<b>109</b>
<b>Figura 6</b> .....	<b>129</b>
<b>Figura 7</b> .....	<b>134</b>
<b>Figura 8</b> .....	<b>135</b>

**Agradecimientos.**

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios, que me ha brindado la oportunidad de poder llegar a esta instancia final de la meta que me propuse.

Esta tesis está especialmente dedicada a mi madre.

A mis alumnos especiales, a los que hoy ya no están entre nosotros, pero estarán siempre presentes en mi corazón.

A mi directora de tesis, profesora Giselle Lapalma, por su desinteresado y permanente acompañamiento en el proceso de escritura y asesoramiento bibliográfico para la elaboración de mi tesis; su conocimiento y apoyo me permiten hoy estar haciendo realidad un sueño largamente esperado.

A mis compañeres de estudios, por todos los momentos compartidos, en especial a mis compañeras, hoy ya Licenciadas en Trabajo Social, Úrsula Martínez, Vanesa Icasate, María Rosa Zalazar, Viviana Haro y Albanita Mardones, quienes de forma desinteresada me brindaron su apoyo para la culminación de mi carrera.

A la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco y a cada uno de los Profesores que nos acompañaron a lo largo de nuestra formación.

A la biblioteca universitaria, por brindarnos bibliografía de distintos autores.

A la casa de las leyes Honorable Legislatura del Chubut.

A la biblioteca de la Honorable Legislatura del Chubut.

Asimismo, hago extensivo mi total agradecimiento a todas las áreas que conforman el Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de Rawson; y a los otros entes Estatales, municipales que me brindaron información requerida para cumplimentar mi tesis.

Se merecen también mi gratitud las PCD, familiares, personal no profesional y profesionales y todos aquellos que expresaron sus distintas vivencias en cuanto a la información que fuera solicitada por quien suscribe.

Es dable destacar también el acompañamiento y el rol que cumplieron mis familiares, hijos, nietos, nuera, yerno, hermanos, sobrinos.

A mi compañero de vida Julio César Casanova y a su hijo Gustavo.



Fuente: <https://www.elpatagonico.com/perdio-sus-piernas-y-compite-canotaje-internacional-n1567666>

*“La discapacidad no te define; te define cómo haces frente a los desafíos que la discapacidad te presenta”. (Jim Abbott)*

## **Resumen**

La presente investigación tiene por interés conocer la opinión de las Personas con Discapacidad (P.C.D) ya sean transitorias o permanentes; respecto a la experiencia, vivencia, percepción e impacto que provoca en sus vidas el Servicio de Rehabilitación, dependiente del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson, en la Provincia de Chubut. Este estudio obedece a una investigación de tipo cualitativa, para la cual se utilizaron distintas herramientas para la recolección de datos, a saber: entrevistas semiestructuradas y etnográficas a diferentes profesionales y parte del personal que trabaja en el Servicio de Rehabilitación, a PCD, familias y referentes de las demás instituciones que trabajan en red con el Servicio; así como también la búsqueda bibliográfica, lectura de libros, documentos e investigaciones; y la observación participante.

El universo de estudio estuvo compuesto por PCD que se encuentran haciendo uso del Servicio de Rehabilitación dependiente del Hospital “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson y sus familias, durante el período 2017-2021.

En la investigación se relatará y describirá cómo es el Servicio, el funcionamiento interno y la duración de los tratamientos. Se mencionará también cuál es el trabajo en red que se lleva adelante con otras instituciones que trabajan en la problemática de discapacidad. Asimismo, se intentará reflejar la importancia de la intervención de los Trabajadores Sociales en dicho Servicio, donde se abordan factores socioeconómicos, individuales y familiares. Siendo fundamental la intervención de le profesional en Trabajo Social, por ser un agente de cambio e inclusión social, el cual ejecuta actividades y procesos en búsqueda de mejora en PCD, disminuyendo barreras que limitan de forma directa su participación en la sociedad.

*Palabras clave:* Discapacidad, Trabajo Social, Familia, Género, Vida Cotidiana, Sujete, Inclusión-Exclusión-Vulnerabilidad, Institución, Estereotipos, Estigmas, Resiliencia.

## **Introducción**

Esta investigación surge a partir de la experiencia previa de la tesista, cuyo desempeño como profesora de Educación Especial le ha permitido conocer y trabajar con alumnos que presentan diferentes tipos de discapacidad. Ella siempre ha estado en contacto con esta temática, siendo su mayor deseo superarse a nivel personal para seguir trabajando. El punto de partida es reconocer que las PCD son sujetos de derechos.

A pesar de que el Estado se constituye como el principal garante de los derechos de las PCD, brindándole protección y efectivización de derechos, se observa que en reiteradas ocasiones tales derechos son vulnerados, dado que no se aplican las políticas públicas adecuadas a fines de efectivizarlos. Pese a que existen diversos instrumentos y actividades, las PCD siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con otros en la vida social, y se continúan quebrantando sus derechos.

Asimismo, nuestro país no es ajeno a los tratados y a las leyes internacionales o universales. Estas normativas son impuestas y reguladas, por lo que merecen ser respetadas a fin de garantizar su efectivo cumplimiento.

En este contexto existen distintas instituciones que son parte integrante de las políticas públicas, como el Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson (Chubut). En dicho Servicio se incentivan programas especializados, prestaciones y equipamientos que conforman la red de Servicios Sociales y públicos, específicamente de aquellos orientados a promover el bienestar, el desarrollo y a la inclusión de las personas con alguna discapacidad, ya sea transitoria o permanente.

Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Ley 26.378 Convención sobre los Derechos de las PCD y protocolo facultativo: 6).

Cabe destacar el aporte de la autora Dra. Liliana Pantano, que en su publicación señala que: “todas las personas deben tener acceso (...) a todos los ámbitos de la vida” (2016:16), y fundamenta la afirmación con el artículo 4 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD, que dice así:

Los países que se unen a la convención se comprometen a elaborar y poner en prácticas políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la

convención y abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación. (Pantano, 2016:16-17)

Para ello, la autora propone una sinergia de los conocimientos profesionales de distintas disciplinas para el “estudio social de la discapacidad”, con un enfoque de diversidad, a fin de “contribuir a un entorno donde la convivencia y la satisfacción de todas las necesidades humanas sea posible, garantizando el acceso y permanencia, así como la posibilidad de transitar libremente por donde se desee” (Pantano, 2016:17).

A partir de lo citado en los párrafos anteriores, la Dra. Pantano pone de manifiesto que, desde que Argentina firmó y ratificó la Convención sobre los Derechos de las PCD y su protocolo facultativo, se debe dar cumplimiento a los mismos a través de un marco legal, con políticas públicas y administrativas acordes al requerimiento de la sociedad. Esta autora expone que es necesario trabajar en conjunto con distintas disciplinas, las cuales, desde las diferentes perspectivas, puedan retroalimentarse mutuamente, teniendo en cuenta la diversidad de discapacidades, edades, género, contexto social, económico y cultural.

Por lo expuesto, se pretende elaborar esta investigación, en el marco de una tesis para cumplimentar el requisito de título de grado para la Licenciatura en Trabajo Social cuyo Título es: *“PCD desde una mirada del Trabajo Social con perspectiva de género, en el Servicio de Rehabilitación dependiente del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de Rawson, Chubut (2017-2021)*. Se pretende conocer, desde la mirada de las PCD y sus familias, el alcance del Servicio y el impacto que les provoca, como así también si les permite satisfacer diferentes necesidades relacionadas con la discapacidad que padecen.

Con este estudio se busca, además, dar respuesta al siguiente objetivo: “Identificar las diferentes problemáticas de atención en discapacidad que se atiende en la actualidad en el Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson”. En cuanto a la relevancia de la investigación se entiende que la discapacidad es una situación real, que se estima que afecta a un 15% de la población mundial, quienes presentan algún tipo de discapacidad en sus diferentes grados, según los datos acerca del primer estudio sobre discapacidad entregado por el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS).

Desde este mismo punto de vista es importante mencionar que se incluyó dentro de la investigación al Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut, a la Dirección Provincial de Atención Integral a la Discapacidad, y a la Dirección de Discapacidad, dependiente de la Municipalidad de Rawson. Tales instituciones proporcionaron datos

relevantes para llevar a cabo las pesquisas, siendo un respaldo fidedigno de la muestra a la cual se tuvo acceso. Por otra parte, siendo entidades de carácter gubernamental, permitieron indagar sobre las políticas implementadas por el gobierno en materia de discapacidad.

Otro argumento a considerar para la realización del presente trabajo es que la discapacidad es un tema que concierne a toda la sociedad, y de este modo se convierte en un tema de responsabilidad social. Es por ello, que la inclusión se considera un aspecto ético que hay que fomentar cada día en la sociedad moderna.

Asimismo, se deja constancia que obra en la UNPSJB, los motivos por los cuales la tesista tuvo que discontinuar la escritura de la tesis. La investigadora fue atropellada en Trelew por un auto Eco Sport, debiendo ser internada con pérdida de conocimiento y fracturas en la mano y el brazo derecho. Como consecuencia de ese accidente hoy posee una prótesis, además de permanecer en rehabilitación durante casi dos años. Es por esto que en el recorte temporal resultó obligatorio realizar una pausa en la pesquisa.

### **Planteamiento del problema**

La discapacidad es un término genérico empleado para referirse a la dificultad que enfrentan muchas personas con deficiencias en su estructura o funciones psicológica, fisiológica o anatómica, ya sean de origen genético o adquiridas con el transcurso del tiempo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 15% de la población mundial padece discapacidad en sus diferentes grados (discapacidad física, sensorial u orgánica y psíquica). Desde este punto de vista, los derechos de las PCD han sido materia de atención de Organizaciones Internacionales, Nacionales y Regionales, incluso de la misma sociedad.

Se entiende que las PCD deben tener los mismos derechos y obligaciones que el resto de la sociedad civil, tanto en zonas urbanas como rurales, buscando que exista una igualdad de oportunidades en los diferentes aspectos de la vida. Pese a esto, las PCD aún deben enfrentarse a grandes obstáculos que dificultan su vida íntegra en la sociedad, como la exclusión y discriminación en los distintos ámbitos: educación, rehabilitación, Previsión y seguridad social, diversión, cultura, transporte, empleo, accesibilidad a lugares públicos, turismo, entre otros.

Una condición que pone en evidencia esta situación es la gran cantidad de PCD que no han finalizado sus estudios obligatorios, o que se encuentran sin la correspondiente atención de salud, incluyendo la rehabilitación necesaria para la superación de sus impedimentos. Asimismo, en cuanto a su previsión o seguridad se identifica que más de

la mitad de las PCD a nivel nacional se encuentran con una calidad de vida por debajo de la deseada.

### **Objetivo General**

- Analizar el Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” de Rawson, desde la mirada del Trabajo Social en la atención hacia las PCD, en el periodo 2017-2021.
- Describir la forma en la que se reorganizó el Servicio de Rehabilitación en el marco de la pandemia del COVID–19, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las PCD que asisten.

### **Objetivos específicos**

- Investigar la atención hacia las PCD, desde una mirada del Trabajo Social, en el Servicio de Rehabilitación dependiente del Hospital Subzonal “Santa Teresita” de Rawson – Chubut, entre los años 2017 y 2021.
- Indagar desde una perspectiva de género de las PCD y las familias que asisten al Servicio de Rehabilitación dependiente del Hospital Subzonal “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson (Chubut).
- Detallar cuáles son las acciones o actividades que realiza el Servicio de Rehabilitación dependiente del hospital “Santa Teresita” de Rawson, Chubut.
- Distinguir de qué manera se reconstruyó el Servicio de Rehabilitación, para aplicar estrategias de trabajo con la actual pandemia COVID–19.

### **Supuestos de investigación**

¿Las personas con discapacidad pueden acceder libremente al Servicio de Rehabilitación dependiente del Hospital Subzonal Santa Teresita?

¿Cuál es la opinión que tienen las PCD y sus familias con respecto al Servicio de Rehabilitación de la ciudad de Rawson?

¿Quiénes conforman el equipo de profesionales que trabajan en el Servicio de Rehabilitación?

¿El espacio físico donde se desarrollan las actividades del Servicio es adecuado a las necesidades de las PCD?

¿Cuál es el marco legal que protege a las PCD?

### **Metodología**

La investigación presentada es de carácter cualitativo. Se emplearon métodos de análisis flexibles, utilizando las técnicas básicas de investigación social, como la observación participante, las entrevistas semiestructuradas y etnográficas a referentes

institucionales, y el registro de datos, que incluyó las particularidades de las familias estudiadas, entre otros temas. Se centró en la práctica real, situada, y se basó en el proceso de investigación interactivo, en el que intervienen los participantes. En este caso se entrevistó a profesionales, personal no profesional y familiares de las PCD que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital Subzonal “Santa Teresita” de Rawson, además de múltiples referentes institucionales cuya visión complementa la investigación.

Se asume la investigación cualitativa siguiendo a la autora Irene Vasilachis de Gialdino, que expone que existen diversas perspectivas en la investigación cualitativa, de acuerdo al enfoque con el cual se aborde el tema. Para la presente, la tesista optó metodológicamente por el análisis cualitativo, porque desde esta perspectiva la persona que lleva adelante la pesquisa puede construir una imagen compleja del problema estudiado (Vasilachis de Gialdino, 2006).

El período seleccionado para desarrollar la investigación parte desde el año 2017 hasta finales del 2021. Como se expresó en la presentación, mientras desarrollaba la investigación, la tesista sufrió problemas de salud que la obligaron a realizar una pausa de dos años aproximadamente (2019-2020).

La realización del análisis se llevó adelante en dos momentos. Primero se procedió al análisis secundario, que incluyó documentos e investigaciones, artículos, leyes y libros referidos al tema elegido. Luego se utilizaron las técnicas básicas de investigación social: registro, observación, observación participante, entrevistas semiestructuradas y etnográficas. La observación no es solamente una de las más sutiles actividades de la vida diaria; es también un instrumento primordial de la investigación científica. (Sellitz, Jahoda, Deutsh y Cook: 1969:27).

La observación participante no es solo una herramienta de obtención de información, sino también de producción de datos. Aquí, el conocimiento que obtiene el investigador no es concebido como una captación inmediata de lo real, sino como una elaboración reflexiva, teórica y empírica que emprende quien investiga en el seno de la relación con sus informantes.

Por otra parte, la entrevista semiestructurada es la técnica más apropiada para acceder al universo de significaciones de los actores. A través de ella, se obtendrán enunciados y verbalizaciones de los informantes claves, que darán cuenta de los aspectos subjetivos de su vida social (Guber, 2004).

La información recogida por medio de la observación participante y las entrevistas etnográficas y semiestructuradas fue documentada a través de la técnica del registro. Esto

permitió preservar la información, como así también, a través de la lectura analítica, direccionar la investigación. El instrumento de trabajo que se utilizó para realizar el registro fue el cuaderno de campo, en el cual se incluyó toda la información recopilada durante la investigación, para la elaboración de datos y futuras estrategias de intervención profesional.

La investigación se realizó en la institución del Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de Rawson (Chubut), entre los años 2017 y 2021. Se entrevistó a profesionales, personal no profesional y familias de PCD, con el fin de conocer e indagar si el Servicio reúne las condiciones necesarias para brindar la atención adecuada a las PCD.

Es importante mencionar que para responder a las preguntas de investigación y llevar adelante los objetivos propuestos fue necesario el acercamiento al terreno en el cual, además de las observaciones, fueron entrevistados diferentes referentes institucionales relacionados con el tema de la tesis. En primer lugar, se entrevistó al nuevo director provincial de Atención Integral a la Discapacidad (dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut). Luego se hizo lo propio con el director municipal de Discapacidad y con el jefe de Servicio de Rehabilitación de Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de Rawson. Por último, se realizó una entrevista al Licenciado en Trabajo Social E.G., del Servicio Social del Hospital “Santa Teresita”, cuyo fin fue conocer el quehacer profesional en la institución.

Con lo desarrollado en este apartado, se puede concluir diciendo que la investigación no se reduce a la aplicación de un instrumento o a la simple observación de un hecho (Rozas Pagaza, 2002). Desde el Trabajo Social se entiende a la investigación como una actividad de búsqueda de conocimiento o la argumentación de respuestas a determinados interrogantes.

### **Estado de la Cuestión**

Para lograr una aproximación al tema de investigación, fue necesaria la recolección y análisis de diversos trabajos de investigación referidos a la temática. Cabe destacar que existe variada y amplia información desde diversos enfoques.

Las autoras Silvia Necci, Marta Suter y Andrea Gaviglio (2014) explican que en diversos momentos históricos las PCD han sido estigmatizadas, excluidas y muchas veces objeto de tutelaje, aunque también han aparecido diversos actores sociales que procuraron visibilizar, promocionar y reconocer a las PCD. Estas autoras nos invitan a realizar un

recorrido histórico en el cual se evidencian distintos “modelos” o visiones, definidos según las distintas respuestas sociales a la temática, que fueron evolucionando hasta reconocer la discapacidad desde las ciencias sociales y desde la salud.

Esta investigación partió desde el pensamiento antiguo occidental, según el cual la discapacidad – y también algunas enfermedades – estaban asociadas a un castigo divino, por pecados cometidos por esa persona o por sus antecesores. Esto daba lugar a la exclusión, marginación, o incluso la eliminación de quien la sufría. Es por ello que muchas veces la discapacidad se invisibilizaba, y quienes la padecían eran condenados al encierro.

Luciano Andrés Valencia (2014) realiza un recorrido histórico sobre cómo fue evolucionando, hasta llegar a la actualidad, el concepto de personas y discapacidad, coincidiendo con lo expuesto en el párrafo anterior. En este recorrido, se aprecian distintos paradigmas sociales a través del tiempo, según la relación de las personas con la discapacidad, sea propia o ajena.

Este autor proporciona el concepto de sujeto, que surge a partir del modelo social y el paradigma de los Derechos Humanos. La expresión *sujete de derecho*, que identifica este nuevo paradigma, antepone a le sujeto antes que la discapacidad, y ya no da lugar al concepto *discapacitade*. Valencia revaloriza las diversas manifestaciones de la discapacidad y la forma en la que estas se pueden presentar en la vida del sujeto. Manifiesta la crítica a diversas expresiones existentes en torno a la discapacidad, por ejemplo, Necesidades Especiales Capacidades Diferentes. También proporciona la idea de que la discapacidad se debería analizar en dos sentidos: congénita y como resultado de un accidente.

Pero para llegar a este paradigma social, concebido en el siglo XXI, fue necesario transitar otras perspectivas. Como ya se mencionó, antiguamente la discapacidad era considerada un castigo por los pecados propios o de los padres. A partir del progreso del conocimiento científico en el siglo XX y del avance de la medicina, comenzó a vislumbrarse un nuevo enfoque, a partir del cual el concepto de discapacidad implicaba enfermedad. Por consiguiente, estas personas debían ser curadas, rehabilitadas. Este fue el origen del modelo médico – también llamado rehabilitador –, en la segunda postguerra.

Entre los años 1960 y 1970, a raíz de las demandas de derechos de la comunidad negra en Estados Unidos, algunos grupos de PCD comenzaron a movilizarse en reclamo de autonomía, rebelándose contra la institucionalización y excesiva medicalización. En 1980 se logró el reconocimiento de la temática de la discapacidad, siendo fundamentales

los movimientos sociales que luchaban por el reconocimiento de las PCD, tanto en Estados Unidos como en Europa, impulsando lineamientos internacionales. Estos movimientos dieron lugar a lo que hoy se conoce como “modelo social de la discapacidad”. Esta concepción sostiene que la discapacidad es una construcción social, y que la misma sociedad es responsable de dar respuesta a las demandas de estas personas.

La autora Daniela Gómez Gálvez (2012), en su tesis titulada “Personas con discapacidad: Sujetos de derechos; es a partir de una mirada desde la justicia que reconoce e incluye al sujeto por sobre las desigualdades” expone el modelo psicosocial. Según este esquema, la atención en salud debe centrarse no sólo en la enfermedad, sino en todos los aspectos de la vida de la persona. Está orientado a ofrecer soluciones integrales, a través de la coordinación de los equipos de salud para brindar atención física, psicológica y social al accidentado.

Agustina Palacios (2008) presenta el modelo social de la discapacidad, sus orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD. Palacios realiza un trabajo exhaustivo de la Convención Internacional, enmarcándola dentro de la evolución del tratamiento de la discapacidad y planteándola como expresión del denominado modelo social. La autora plantea al menos cuatro razones a tener en cuenta para todo aquel que esté interesado en el estudio de la discapacidad.

El autor Jorge A. Victoria Maldonado (2013), en su artículo publicado en el Boletín Mexicano de Derecho Comparado bajo el título “El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos”, expone lo siguiente:

Este modelo se presenta como nuevo paradigma del tratamiento actual de la discapacidad, con un desarrollo normativo; considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta nueva perspectiva, se pone énfasis en que las PCD pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que los demás, pero siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso. Este modelo se relaciona con los valores esenciales que fundamentan los derechos humanos, como la dignidad humana, la libertad personal y la igualdad, que propician la disminución de barreras y dan lugar a la inclusión social, que pone en base principios como autonomía personal, la no discriminación,

accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. La premisa es que la discapacidad es una construcción social, no una deficiencia que crea la misma sociedad que limita e impide que las PCD se incluyan, decidan o diseñen con autonomía su propio plan de vida en igualdad de oportunidades (Maldonado, 2013: 1)

## Marco Teórico

Para realizar este apartado fue menester analizar diferentes fuentes y conceptos, que permitieran una reflexión sobre el tema central del presente trabajo. Es por ello que se investigó qué es discapacidad y cómo ha evolucionado con el trascurso del tiempo. A continuación, se expone un breve recorrido sobre el término discapacidad y los diferentes enfoques que atraviesan o atravesaron este concepto.

### Discapacidad

La Dra. Agustina Palacios expone:

Que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos, parece en la actualidad ser una afirmación no factible de ser cuestionada. Sin embargo, hasta tiempos no muy lejanos, la mirada hacia la discapacidad partía desde una concepción caritativa, que no llegaba a comprender la complejidad social de este fenómeno. Ello sin duda es el resultado de una historia de persecución, exclusión, y menosprecio que las PCD se vieron sometidas desde tiempos muy lejanos. (Palacios, 2002:2)

La Dra. Palacios realiza un recorrido histórico del término Discapacidad, dejando en claro que el significado y la concepción de este vocablo han ido evolucionando. Desde los inicios de la sociedad, y bajo la idea de la caridad o lástima, a las PCD se las trataba como personas enfermas, y muchas veces eran rechazadas por sufrir un castigo divino, excluides del grupo, pueblo etc.

Continuando el análisis, la misma autora expone que han existido tres modelos de concepción social de la discapacidad a lo largo de la historia, cada uno con sus características propias, de acuerdo a la mentalidad imperante en cada época.

En un primer momento primó el modelo de *prescindencia*. A través de este enfoque, la discapacidad se percibía como un castigo divino, asumiendo que les individuos nacían con esa discapacidad producto de un pecado. Esta visión pecaminosa conducía a que las familias les escondieran, excluyeran, abandonaran, o incluso mataran. De este modo, ante la situación de abandono que padecían las PCD, sólo por caridad, se creaban instituciones para guardarles o cuidarles.

El segundo modelo es el *rehabilitador*. Este enfoque se alejó de lo religioso, dejando de lado la idea de que la discapacidad fuese un castigo divino. Desde una mirada más científica, permitía pensar a la PCD como una persona con limitaciones. Les sujetos

ya no eran consideradas inútiles o una vergüenza para su familia y la sociedad. Como idea principal, este modelo pretende normalizar a las PCD recibiendo rehabilitación.

Se llega así al tercer modelo, que transitamos hoy en día: *el modelo social*. Esta concepción sostiene que la causa de la discapacidad no es religiosa ni científica. Está vinculada a los derechos humanos, se fortalece desde el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad de las personas. Se pretende una mirada inclusiva, que sea resultado de una sociedad justa, que contribuya a la autonomía de las PCD.

### **Trabajo Social**

En este apartado Carballada nos aporta:

Desde sus orígenes, la práctica del Trabajo Social fue desarrollándose en torno a diferentes contextos y realidades históricas. La fundación de esta disciplina se relacionó con una idea de administración de recursos en relación a aquellos que estaban quedando afuera de las "posibilidades de desarrollo" dentro de la sociedad capitalista.

Es decir, el Trabajo Social no sólo trata de investigar, comprender y explicar los fenómenos, sino que interviene sobre éstos en la búsqueda de transformaciones que plantean direccionalidades definidas en las diferentes etapas de la historia de este campo. En este aspecto, también se diferencia de otros campos o disciplinas marcados por la cuestión de la intervención, pero que tuvieron y tienen direcciones mucho más definidas en cuanto al sentido de ésta como la Psicología o la Medicina.

Dentro del campo del Trabajo Social, el proceso de análisis está signado por la intervención. Esta característica es la que muestra la mayor singularidad de esta disciplina.

(Carballada, 2004: 84)

Todo este juego, con diferentes características generalmente vinculadas con cuestiones contextuales, paradigmas explicativos vigentes y la propia construcción simbólica de la disciplina, hacen al desarrollo del Trabajo Social durante casi todo el siglo XX. Si bien el Trabajo Social se manejó – y de hecho lo hace – con diferentes categorías analíticas, estas podrían sólo circunscribirse dentro del terreno hoy denominado cuantitativo. O sea que el desenvolvimiento del Trabajo Social durante el siglo XX se

plantea como una serie de diferentes formas de aproximación a la vida cotidiana de los otros, con distintas formas de categorización, variables y registro. Éstas, de todas maneras, muestran un común denominador: la descripción de la “situación social” de los otros en términos de pobreza, carencia, etc.

En principio tratamos de explicar el juego *análisis – registro – intervención* dentro de un lugar. Éste puede entenderse como local o micro social. Esta perspectiva implica el reconocimiento de una singularidad de lo micro conectada con lo macro. A su vez, esta singularidad posee una construcción histórica, un posicionamiento en el presente y, si se quiere, una perspectiva con respecto al futuro que le otorgarán significados particulares. En otras palabras, la singularidad de lo micro social o local implica un espacio-tiempo particular de la situación. Ahora, esta peculiaridad habla de una construcción previa. En este aspecto, entendemos a ésta como de tipo discursivo. Ese lugar delimitado con su carga de espacio tiempo, posee una construcción previa que sugiere un orden – una gramática – y una sucesiva construcción de discursos que se encuentran o se separan dentro del juego de la particularidad del "lugar". (Carballeda, 2004: 84)

Margarita Rozas Pagaza, en su libro de “Una perspectiva metodológica del Trabajo Social” (1998) nos expresa que, el Trabajo Social asume el concepto de bienestar social como una aspiración profesional que aporta a la búsqueda de soluciones a problemas que dificultan el desarrollo de los individuos y grupos, pretendiendo el reconocimiento del derecho de los ciudadanos, procurando que cada individuo asuma sus responsabilidades para orientar sus existencias individuales y de esta forma contribuir al bienestar de la comunidad en que viven. Actualmente en el Trabajo Social se entiende que el bienestar social no es la solución de un problema individual sino la aspiración de una sociedad que compromete niveles de decisión mucho más complejos, que atañen al campo político, social y económico. Retomando el concepto de bienestar como una aspiración de la sociedad, este parte de la realización de la esencia humana. Se considera necesario para la intervención profesional poder identificar niveles de relación entre necesidades sociales y bienestar social y así orientar la direccionalidad de la intervención.

Lo que el trabajador social debe recuperar en su vinculación con las necesidades sociales, es saber que la satisfacción de ellas está en el desarrollo múltiple del hombre en el despliegue de sus posibilidades como ser humano, ubicando como uno de sus objetivos la concientización del reconocimiento de las necesidades sociales, las cuales están referidas a las necesidades de la sociedad en conjunto, que se pueden definir como el estado de un individuo o una sociedad en relación a los medios necesarios para su existencia y desarrollo.

El Trabajo Social cuando aborda el tema de las necesidades como un aspecto de su campo problemático para la intervención, debe pensar que el objeto más elevado de la necesidad humana es el otro hombre, al igual el trabajador social debe trabajar en develar el problema de la alienación de las necesidades. (Rozas Pagazas, 1998: 25)

Margarita Rozas Pagaza plantea en su libro que “el Trabajo Social encuentra en la vida cotidiana un punto de partida para la valorización de su práctica profesional, al buscar la posibilidad de construir conocimiento a partir de la recuperación de elementos significativos que hacen a la vida social de los sujetos con el fin de resignificar el sentido social de la profesión.

También nos comparte en su libro que “el saber cotidiano es pensamiento y acción, es reconocer la existencia de uno y de los otros, es un conjunto de conocimientos, es una guía de la acción, pero se usa de diversas maneras, por ello decía A. Heller, que el saber cotidiano es una categoría objetiva, pero a la vez normativa. Es objetiva en cuanto la suma del saber cotidiano de una época, de un estrato social, no corresponde a un solo sujeto. Es normativa en cuanto para un sujeto o un estrato social cumpla su función. Pero es importante remarcar que hay un conjunto de conocimientos que el sujeto interioriza para moverse en su ambiente.

Resaltamos en la autora su proceso metodológico, ya que, gracias a la inserción, el diagnóstico y la planificación, se puede realizar una excelente intervención fundamentada, teniendo en cuenta que la investigación y la evaluación deben ir presentes en todo este proceso. Se mencionaba que la postura de Margarita Rozas Pagaza se diferencia de las demás posturas del método básico porque las demás, son etapas y lineales, sin embargo llegamos a la conclusión de que la metodología propuesta por

Margarita Rozas es un proceso circular, pero es necesario llevar un orden, ya que, sin inserción no puede haber diagnóstico y sin diagnóstico no puede haber planificación, la diferencia que hayamos es que el proceso no es etapita, sino que siempre va estar en proceso de retroalimentación, donde se dan simultáneamente.

Para reflexionar acerca de lo que nos aportan los autores; podemos decir que Carballada nos manifiesta que el Trabajo Social interviene en un gran abanico de situaciones, estas siempre dialogan con la cuestión social entendida como una consecuencia de las desigualdades y la fragmentación de la sociedad. De ahí que el horizonte de intervención de esta disciplina dialogue intensamente con el lazo social, con la problemática de la integración social y cultural intentando no solo resolver o acompañar, sino también en procesos de apropiación y visibilidad de los condicionantes y causalidades que construyeron la demanda de la intervención.

En cuanto a la autora Margarita Rozas Pagaza, llegamos a la conclusión de que el Trabajo Social retoma el saber cotidiano como un aspecto importante y fundamental dentro del accionar profesional, ya que lo considera como un espacio que posibilita una cercanía con los sujetos y sus necesidades, siendo esta la clave más importante para poder esclarecer la manera cómo se expresa la conflictividad de la cuestión social hoy, además de que permite conocer los aspectos de mayor relevancia, y de esta manera comprender la realidad social.

### **Trabajo Social y DDHH**

El Trabajo Social, desde la óptica de los Derechos Humanos, Según el autor (Carballada 2016), nos expresa que, el enfoque de derechos puede ser abordado desde diferentes puntos de vista. Desde una mirada orientada hacia la intervención en lo social, otorga posibilidades tal vez más amplias para comprender y explicar los problemas sociales, aportando a su vez líneas de análisis que logran sostener las prácticas, especialmente desde la idea de interrelación que se presenta en el sentido de su definición. De este modo, es viable pensar que un enfoque de derechos apoyado en los DDHH tiene capacidad de dar contención a los Derechos Sociales e incluso enriquecerlos, especialmente desde la posibilidad de conferirle movilidad e interacción a éstos y – desde allí – más y mejores perspectivas de aplicación.

Por otro lado, el enfoque de derechos le otorga un nuevo sentido a las Políticas Sociales y a la Intervención del Trabajo Social. A

partir de este enfoque las Políticas Sociales: a) Se definen desde la Igualdad, b) son Progresivas/ No regresivas y desde allí, requieren conceptualizar nuevas categorías, marcos conceptuales, impactando en los aspectos teóricos e instrumentales de la Intervención del Trabajo Social.

Desde el enfoque de Derechos se considera que el marco conceptual, que da sentido y orientación tanto a las Políticas Sociales como a la Intervención, se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional. Y desde allí tienen la potencialidad de ofrecer un conjunto coherente de principios y pautas que pueden ser aplicables en las Políticas Sociales y en la Intervención del Trabajo Social. Desde esta perspectiva, los Derechos Humanos son pensados como una serie de propuestas que pueden guiar y orientar a las Políticas Sociales de los Estados y contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas. Los principios que dan forma a los Derechos Humanos han fijado con mayor precisión tanto las obligaciones negativas del Estado como así también una serie de obligaciones positivas. En este aspecto, es posible pensar que los Derechos Sociales tienen cierta limitación en función de que enuncian atribuciones dentro de la esfera del sujeto, pero no se amplían en función de aquello que el Estado -como garantía de éstos- debe o no hacer, y se presentan como atribuciones sectoriales. Esto significa, en otras palabras, que el enfoque de derechos ha definido con mayor precisión no sólo aquello que el Estado no debe hacer a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en relación a intentar facilitar y construir una realización plena de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. (Carballeda, 2016: 2)

Desde la comprensión de la Intervención en lo Social como dispositivo, el enfoque de derechos le otorga un orden nuevo, en el que cada uno de los componentes del mismo se ve atravesado o interpelado por esta perspectiva. La posibilidad de integralidad que esta configuración posee, tiene la capacidad de resolver en forma más concreta la

superación de la consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales asistenciales, para que éstos sean conceptualizados como titulares plenos e integrales de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado y donde su expresión es la aplicación y no el enunciado.

Esta noción de “titular pleno” se presenta como una opción interesante a la de titular de un derecho social. Desde esta visión, la acción de las Políticas Sociales y la Intervención del Trabajo Social se concentran en el sujeto de Intervención en tanto sujeto de derecho, desde una visión que se presenta como ampliada y que se funda en una nueva doble centralidad: Sujeto– Estado. De este modo, el Derecho es tal desde que se aplica y no a partir de su enunciado. La articulación de las nociones de DDHH y Derechos Sociales potencia ambas cuestiones.

Desde esta perspectiva, a lo largo del tiempo pueden distinguirse claramente tres maneras o modelos de trato social a las PCD (*modelo de prescindencia, modelo médico-rehabilitador y modelo social*), y un novedoso modelo (*modelo de la diversidad*) que se refuerza en la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD, parte de una visión basada en los Derechos Humanos, promueve el cambio de términos como *discapacidad* por *diversidad funcional* y considera el trabajo en el campo de la bioética una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas por su diversidad funcional – discapacidad – (Palacios y Romañach, 2006), considerándose como el paradigma ideológico en concordancia con el desarrollo del Trabajo Social.

Las personas etiquetadas con *discapacidad* gozan del derecho a participar plenamente en todas las actividades: económicas, políticas, sociales y culturales, en definitiva, en la forma de vida de la comunidad, del mismo modo que sus semejantes sin discapacidad. Esta afirmación o reclamo de igualdad, no obstante, no se encuentra dirigida, tal como se planteaba desde un modelo rehabilitador, a que las PCD deban encubrir sus diferencias para acceder a ciertos espacios de participación, supuestamente, al igual que los demás. Precisamente desde una perspectiva opuesta, se reclama una igualdad inclusiva de la diferencia (Palacios, 2008: 156).

Para ello, se realiza una aproximación de la evolución de los modelos de tratamiento social dirigidos hacia este colectivo y se identifican los aspectos conceptuales

más esenciales para el abordaje del Trabajo Social desde la perspectiva de los Derechos. Llegaremos así a la Convención de la ONU de 2006, sobre los derechos de las PCD, que se presenta como un instrumento jurídico vinculante a la hora de ejercer y reivindicar los derechos de ciudadanía. Este Tratado Internacional puede (y debe) servir de guía en la planificación de las intervenciones que se realicen desde el Trabajo Social. Desde esta perspectiva, se cuestiona el papel pasivo y burocrático que parece estar formalizándose en el quehacer diario de los Trabajadores Sociales y se plantea un modelo de intervención más activo y crítico que actúe frente a las estructuras sociales que limitan la participación de las PCD y generan (procesos de) exclusión social.

La *discapacidad* es un *fenómeno* que está tomando un peso importante en nuestra sociedad. Las políticas públicas, los Servicios, prestaciones y recursos implementados configuran una red de protección social que intentan dar respuesta a un grupo de población diverso y con necesidades, inquietudes y demandas distintas.

Las PCD son especialmente vulnerables a la exclusión social, por diversos factores, entre otros la carencia de los bienes imprescindibles para ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Existe una relación bidireccional entre discapacidad y exclusión social. Por una parte, las personas que viven en contextos de privación, malnutrición, infravivienda, etc., se encuentran sometidas a un riesgo más alto de adquirir una discapacidad. A la vez, la circunstancia de la discapacidad funciona como un factor precursor de exclusión, ya que las oportunidades de acceso a los Servicios son menores (Huete, Díaz y Jiménez, 2009).

El enfoque de derechos permitiría incorporar la noción de responsabilidad asentada en la necesidad de un todo social que se fortalece y se integra a partir de visibilizar que los Derechos Humanos y Sociales mejoran la sociedad más allá de quienes se beneficien directamente con ellos, donde el Derecho implica una responsabilidad de integración, no de obligación ligada a lo punitivo. En procesos de intervención social es posible visibilizar esas cuestiones desde algunos dispositivos que apoyan la reconstrucción de los lazos sociales en términos de reciprocidad, integración, identidad y pertenencia. Es allí donde el otro se hace necesario para la construcción de identidad. De

allí que en la relación con éste se construye una forma de responsabilidad que integra y sostiene lo social desde el lazo.

### **Trabajo Social y Salud**

Se concibe al Trabajo Social como profesión que puede operar en esta dirección a través de la producción de mediaciones conceptuales y prácticas, que introduzcan en el abordaje del padecimiento subjetivo y sus prácticas de cuidado las dimensiones sociales, políticas y económicas que las fuerzas políticas y económicas hegemónicas intentan invisibilizar para acallar las razones estructurales que como sociedad debemos enfrentar para su verdadera inclusión.

Así, se indaga en qué medida y de qué manera un padecimiento afecta la vida cotidiana de ese sujeto y su familia e interrumpe – o no – su biografía negativamente. Se inquieren las marcas objetivas y subjetivas de la institucionalización. Entonces, “la intervención puede ser entendida como un proceso del análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo” (Carballeda, 2012:1).

Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en salud, construyen la escucha, la mirada y el registro. (...) Las narrativas de la enfermedad, dan cuenta del marco comprensivo-explicativo de la vida íntima, la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra. En definitiva, lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social, está ligado a la experiencia singular del sujeto de la intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción de enfermedad de quien está relatando. Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar del proceso histórico-social de la salud. (...) La narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es determinada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto (Carballeda, 2012:6).

Se considera a las personas con las que se trabaja como sujetos plenos, con potencialidades y condicionantes, producidos y productores de la historia, es decir que son condicionados, pero no determinados por la realidad, lo que implica reconocer la capacidad de creación del sujeto y la posibilidad de producción de prácticas instituyentes en la sociedad. Se entiende que cada individuo posee experiencias, intereses, historias y posiciones particulares, son sujetos activos y actuantes en su situación.

El trabajo interinstitucional debe entenderse como el contacto y la articulación con otras instituciones y profesionales, que estén abordando la misma problemática. El mismo permite “no sólo aportar a la reconstrucción del tejido social sino también dialogar entre sí, visibilizando el padecimiento, como manifestación de la desigualdad; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestra forma de actuar, revisar nuestra intervención. (Carballeda, 2008; 5)

Finalmente, Carballeda nos permite ver que el desarrollo de estrategias de intervención interinstitucionales conlleva de por sí un arduo trabajo para los profesionales de articulación, derivación, intercambio de información, socialización y reflexión conjunta, entre otras cuestiones. Este proceso puede culminar tanto con resultados positivos como negativos, ya que no siempre se logran los objetivos planificados. Esto deviene, a su vez, en sentimientos de frustración y desgaste profesional, producto de las diversas intervenciones y obstáculos presentados, circunstancia que no debe provocar en el profesional actuante sensación de resignación, sino, por el contrario, capacidad para seguir trabajando en pos de mejorar, en definitiva, la calidad de vida de las personas, en todas sus dimensiones posibles.

### **Trabajo Social y Discapacidad**

A continuación, cada uno de estos conceptos se analizará y describirá detalladamente en distintos apartados, que permitirán demostrar cómo fue evolucionando la visión social de la discapacidad, según los diferentes enfoques y al momento histórico. La lectura de Robert Castel (1995) posibilita analizar cómo se vinculan los conceptos integración, vulnerabilidad y exclusión, dando lugar a lo que este autor denomina zonas de cohesión social, que son el resultado del proceso a través del cual un individuo pasa de una zona a otra.

La lectura de Castel permite también reconocer las características sociales que tendrá cada zona y de esta manera definir a qué zona pertenece los sujetos. Es por ello que este artículo describe y clarifica la existencia de tres zonas de cohesión social.

Una zona de integración, una zona de vulnerabilidad (que es una zona de turbulencias caracterizadas por una precariedad en relación al trabajo y por una fragilidad de soportes relacionales) y una zona de exclusión (de gran marginalidad, de desafiliación, en la que se mueven los más desfavorecidos). Pues bien, una característica de la coyuntura actual estriba en que yo denominaría ascensión de la vulnerabilidad. (Castel, 1995:1)

A partir de lo expuesto, se entiende que, ya sea que se encuentre en la integración, en la vulnerabilidad o en la exclusión, el estado ideal de los sujetos sería el de integración. Aunque no estar en zona de integración no implica que esta situación no pueda modificarse, pues estas franjas se interrelacionan. Es decir, una persona puede encontrarse en situación de vulnerabilidad en algunos aspectos de su vida, y al mismo tiempo puede estar integrada para otras cuestiones.

Por ejemplo, alguien con trabajo en negro y sin aportes previsionales: desde el sentido laboral, se encuentra en zona de vulnerabilidad. Pues la precarización del empleo conduce a la fragilización de los soportes relacionales, al tiempo que los sustenta y fortalece. Esta vulnerabilidad puede ser un paso para transitar de una zona a otra. Siguiendo el ejemplo, si alguien es una Persona con Discapacidad que, aun en negro, ingresó al mercado laboral, podría alcanzar mejores condiciones para alcanzar la zona de integración. La exclusión o desafiliación es el escenario más desfavorecedor, ya que no permite a quienes se encuentran allí sostenerse socialmente.

Desde la mirada del Trabajo Social, se han generado nuevos pensamientos, desafíos y estrategias de intervención profesional, para brindar respuestas a las necesidades de las PCD en situaciones de emergencia y crisis.

Desde esta perspectiva la exclusión social deja de ser una consecuencia lineal de la discapacidad, y por el contrario son los procesos de exclusión de personas con ciertas características, con ciertas funcionalidades los que operan en la construcción de la discapacidad.

Se puede decir que la intervención en lo social es una convocatoria, una apelación, una demanda, que implica un estar con lo Otro desde diferentes aspectos, que se vinculan con la resolución de los inconvenientes, problemas y complejidades que se presentan en la vida cotidiana y que se expresan de manera fuertemente singular.

Desde esta perspectiva la exclusión social deja de ser una consecuencia lineal de la discapacidad, y por el contrario son los procesos de exclusión de personas con ciertas características, con ciertas funcionalidades los que operan en la construcción de la discapacidad.

A continuación, cada uno de estos conceptos se analizará y describirá detalladamente en distintos apartados, que permitirán demostrar cómo fue evolucionando la visión social de la discapacidad.

### **Enfoque de Exclusión social**

El concepto de “exclusión social” surgió en los años 70 en Francia, desde donde hace tiempo ya se venía utilizando el concepto, entendiéndose como una ruptura de los lazos sociales, algo que afectaba a la tradición francesa de integración nacional y solidaridad social. La creación de esta teoría se atribuye a René Leloir, entonces secretario de Estado de Acción Social en el Gobierno de Chirac con su libro “Les exclus: un Trancáis sur Dix”, publicado en 1974, en el que se refería al 10% de la población francesa que vivía al margen de la red de seguridad social pública. (Pérez de Armiño y Eizaguirre, 1996:1-2)

Los autores nos invitan a reflexionar sobre el concepto de exclusión social. Aunque es reconocido hace tiempo, sigue siendo materia de análisis. La exclusión social se entiende como la brecha que se da en las redes sociales. Es un concepto que se debe estudiar multidimensionalmente, dado que nos permite entender el desarrollo de los sujetos en forma igualitaria. Es por ello que los autores identifican tres dimensiones:

- La privación económica: se refiere a cuando no poseen trabajo estable y por ende no pueden satisfacer sus necesidades básicas.
- La privación social: se produce cuando se debilitan los lazos familiares y sociales. Los sujetos o grupos sociales marginados y no pueden participar en actividades sociales, ya sean por ingreso, deterioro de la salud, discapacidad etc.

- La privación política: implica la falta de participación en la toma de decisiones que afectan a su vida o participación política.

Sobre la dimensión de la privación social, la sociedad aún no está concientizada de la responsabilidad que, como ciudadanos, nos compete para fomentar y brindar bienestar a las personas más indefensas, como son las PCD. Finalmente, con base en las políticas existentes, se evidencia la falta de compromiso con esta población, a pesar de la existencia de diversas leyes a su favor.

### **Enfoque de vulnerabilidad**

Según los autores Diego Sánchez González y Carmen Egea Jiménez, el término vulnerabilidad como concepto analítico surge en las ciencias ambientales, con el fin de estudiar a las personas afectadas por imprevistos o catástrofes ambientales. A partir de los 80 y 90, esta idea de vulnerabilidad comienza a relacionarse también con lo social. El enfoque de las ciencias sociales permite observar que no todos están expuestos a los mismos acontecimientos, y que no todas las personas afrontan de la misma manera cada imprevisto o situación que se deben afrontar. Sánchez González y Egea Jiménez aclaran que existen diversas aristas que revelan la situación de vulnerabilidad, tales como edad, migración, discapacidad, trabajo en negro, etcétera.

Desde la década de 1980 se viene desarrollando un enfoque social de la vulnerabilidad que destaca la importancia de las estructuras y procesos socio-espaciales dinámicos, determinantes de la vulnerabilidad de las personas y grupos desfavorecidos, enfatizando la comprensión de las condiciones de vida cotidiana de los individuos y comunidades para generar estrategias enfocada a enfrentar y reducir la vulnerabilidad. (Sánchez González y Egea Jiménez, 2011:4)

Desde este punto de vista, la vulnerabilidad social de los individuos o grupos de población se expresa de diferentes maneras; desde la propia percepción de cada persona y sus condiciones de vida, las cuales se han sentido alteradas en términos de salud, rehabilitación, vivienda, seguridad social, acceso a fuentes laborales, entre otras.

Contrastando esta teoría con la información bibliográfica consultada, se establece que la población de PCD está expuesta a diferentes factores de riesgo, los que exteriormente disminuyen las posibilidades de tener una mejor calidad de vida o pleno bienestar. Actualmente, y como es señalado por diferentes instituciones, las PCD están

expuestas constantemente a diferentes formas de discriminación y vulneración de sus derechos. Estos factores provocan consecuencias negativas en sus vidas: pobreza, falta de trabajo o problemas de acceso a la salud, entre otros; que se ven agravados por la falta de acciones concretas y necesarias para la superación de la discapacidad.

### **Enfoque de Inclusión Social de la Discapacidad**

La concepción o modelo social considera que la discapacidad es un problema social creado, básicamente como cuestión de la integración completa de los individuos en la sociedad. En otras palabras, se entiende la inclusión como un derecho de las PCD. Bajo este enfoque, se requiere de la responsabilidad y acción compartida de la comunidad para generar modificaciones ambientales que favorezcan la participación de las PCD en todas las áreas de la vida social.

El principal obstáculo se manifiesta en la desinformación que tienen las personas sin discapacidad sobre las PCD. Debido a que no saben cómo abordarlas, terminan por generar una barrera, que se evidencia en la inequidad de oportunidades que tienen las PCD con respecto a aquellos que no tienen ningún impedimento. Desde la mirada social, la discapacidad no es un problema individual, sino que es un problema que abarca la relación entre las limitaciones que pueden tener una persona y las barreras que la sociedad impone para generar desigualdad social y de oportunidades.

La pesquisa realizada contempla la responsabilidad social que debe existir frente al problema, incluyendo las iniciativas que deben implementarse para mejorar la calidad de vida de las PCD. Para llevarla adelante, se tomaron en cuenta los aportes de la autora Agustina Palacios, citando su trabajo en “El modelo social de discapacidad, orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD”.

La autora expresa que:

Lleva a cabo un gran trabajo sobre la Convención Internacional de las PCD, tomando en cuenta el tratamiento de la discapacidad y el modelo social, hace referencia, en cuatro razones a tener en cuenta para todos aquellos que nos interesa trabajar en discapacidad. (Palacios, 2008: 21).

Siguiendo en esta línea, Valentina Velarde Lizama plantea:

Los modelos de la discapacidad, un recorrido histórico: El 13 de diciembre de 2006, la Organización de Naciones Unidas

promulgó la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD (CDPD). Este documento entró en vigencia en mayo 2008 e introdujo una nueva perspectiva en el abordaje sobre discapacidad. Basada en el modelo social, y dejando atrás los antiguos paradigmas de “Beneficencia” y de “rehabilitación,” la CDPC pone el foco en la diferencia. Un recorrido histórico del término muestra que, a lo largo de los siglos, el concepto de discapacidad ha ido cambiando, y con ello el modo de enfrentarla. (Valentina Velarde Lizama, Revista Empresa y humanismo/vol. xv/N|1/2012).

Continuando con el enfoque de discapacidad no se puede dejar de mencionar a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Según la CIF de la discapacidad y de la salud, publicada en el año 2001 por la OMS, se distinguen 9 dominios del funcionamiento que pueden verse afectados por algún defecto o anomalía, entre los cuales se encuentran:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Realización de tareas.
- Movilidad.
- Comunicación, interacciones y relaciones personales.
- Vida doméstica, de comunidad social y cívica.
- Interacciones.
- Cuidado de sí mismo.
- Áreas importantes de la vida.

Resulta lógico pensar que el estado ideal de los sujetos es el de integración, aunque no siempre se consiga. En este sentido, puede ser que se deambule entre la vulnerabilidad o la exclusión. Sin embargo, este deambular no implica que esta situación no pueda modificarse, ya que todas las se interrelacionan. Es decir, una persona puede encontrarse en situación de vulnerabilidad en algunos aspectos de su vida, y al mismo tiempo puede estar integrada para otras cuestiones.

### **Modelos de Discapacidad**

Para comprender la relación entre Trabajo Social y discapacidad, primero es necesario comprender las diversas o más importantes visiones y modelos sobre la discapacidad para luego, como segundo aspecto, establecer la relación de la profesión con

las visiones y modelos que determinaran las estrategias de intervención del Trabajo Social de acuerdo a la concepción teórica intrínseca de los modelos.

Otro modelo relevante es el desarrollado por Agustina Palacios. Esta conceptualización nace al alero de la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD. En su trabajo plantea tres modelos históricos, siendo el primero el modelo de prescindencia, el segundo el modelo médico-rehabilitador y el tercero el modelo social de la discapacidad.

*El modelo de prescindencia*, supone que la causa de la discapacidad tiene un motivo religioso, un castigo de los dioses por un pecado cometido, generalmente por los padres. Además, supone que las PCD son innecesarias para la comunidad y que nada tienen para aportar, al ser improductivo, es más son consideradas como una carga social. Por tal motivo, Palacios señala que existen dos submodelos que responde a esta concepción, el eugenésico y el de marginación.

*El modelo médico-rehabilitador* está basado en dos supuestos, el primero que la causa de justificación de la discapacidad es científica, el segundo que las PCD dejan de ser inútiles, pero condicionadas a si pueden rehabilitarse o normalizarse.

*El modelo social de la discapacidad*, dice que las causas de justificación de la discapacidad son sociales, debido a las limitaciones que la propia sociedad impone, y que las PCD pueden aportar en la misma medida que las personas no discapacitadas. (Palacios, 2008: 2)

Respecto al modelo social y a la labor de la profesión, Muyor Rodríguez (2011) destaca la necesidad de redefinir la necesaria independencia de las PCD, debido que en muchas ocasiones las acciones que tienden, desde la profesión, a la independencia son actos de autocuidado mientras que la independencia debe entenderse como la capacidad de autocontrol y de tomar las decisiones propias de la vida. Además de siempre concebir que la discapacidad es un concepto relativo de acuerdo a su contexto histórico y social.

La política social centrada en las personas en situación de discapacidad, se fundamenta en el enfoque de derechos que Argentina ha adoptado al suscribir ciertos instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en este caso, la

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las PCD (Ley N° 26.378)

En su idea matriz, la Convención tiene por objeto promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos, por todas las PCD, bajo los principios de la igualdad de oportunidades, la dignidad de la persona, la no discriminación, el respeto por la diferencia, la accesibilidad, la participación y la inclusión plena.

La incorporación de este enfoque en nuestro sistema generó importantes avances, partiendo por el cambio en el uso de la terminología y de los conceptos, dejando a un lado expresiones como personas discapacitadas, inválidos y lisiados, por el concepto de “PCD” que plantea la Convención y que el Servicio Nacional de la Discapacidad adoptó como “PCD”. (Palacios, 2008:3)

La evolución del enfoque en estas leyes demuestra el paso desde la integración social a la de inclusión social. Palacios señala que en la perspectiva de integración social en la discapacidad está relacionada con la rehabilitación y normalización de la persona y no repara las causas o factores sociales de la discapacidad sino se enfoca en lo patológico, mientras que desde la política social se adopta una actitud paternalista.

En cambio, señala que en el modelo de inclusión social el foco se encuentra en superar las barreras sociales de la discapacidad, potenciando las capacidades y la igualdad de oportunidades, la inclusión social implica la obligación del Estado de eliminar las barreras que impiden a las PCD gozar de sus derechos con plena igualdad de oportunidades. En consecuencia, la política social desarrollada por el Estado está centrada en eliminar las diversas barreras legales, físicas, culturales y sociales que impiden la plena inclusión social de las PCD.

Es relevante señalar que se pueden llevar a cabo diversas acciones en cada área a favor de la inclusión social. Se destacan las políticas de inclusión laboral, entre las que se encuentran el empleo con apoyo y el empleo protegido. Estas dos son las más utilizadas, aunque cabe la consideración de que existen otras que se pueden ocupar de igual manera. Finalmente, junto con el desarrollo conceptual, la autora plantea el desarrollo y los desafíos actuales del Trabajo Social con la discapacidad.

Establece tres modalidades: el modelo tradicional, el paradigma de la rehabilitación y el paradigma de la autonomía personal. El modelo tradicional está asociado a una visión divinizada y animista, donde la discapacidad es producto del castigo divino o de la intervención de un ente maligno. En el paradigma de la rehabilitación el sujeto está supeditado a la intervención médico-profesional y en el paradigma de la autonomía personal el objetivo es que el sujeto logre una vida independiente. (Puig de la Bellacasa, 1990)

### **Personas con discapacidad**

En el lenguaje cotidiano escuchamos diferentes términos para definir a las personas con discapacidad. Se han difundido conceptos como discapacitate, capacidades diferentes, capacidades especiales y otros más en desuso como minusválide, inválide, impèdide o deficiente.

#### ***Persona con discapacidad***

La forma en que nos expresamos define y difunde maneras de ver el mundo y de entender a las personas. Esto tiene consecuencias en el respeto de los derechos de esas personas, por eso es de vital importancia expresarnos correctamente y decir personas con discapacidad como lo establece la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con discapacidad.

Por otra parte, al referirnos a una persona en particular, lo correcto es llamarla por su nombre, como a cualquier otro individuè. En caso de que debamos referirnos a la discapacidad, la expresión correcta es la de Persona con Discapacidad. En primer lugar, hablamos de las personas y en segundo término de la discapacidad como una de sus características.

La expresión «persona con discapacidad» proviene del **modelo social** de la discapacidad, que pone en primer lugar a la persona y dice que la persona tiene discapacidad (una característica de la persona, entre muchas otras). Desde esta visión, la discapacidad queda definida por la relación de la persona con las barreras que le pone el entorno. Esta terminología está sustentada por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con

Discapacidad y lo importante es que las mismas personas con discapacidad han sido las que participaron en su formulación.

Analizar las razones teóricas que han llevado a justificar el modelo social de discapacidad. Para ello, se analizan algunas de las diversas teorías defensoras de dicho paradigma, y se realiza una aproximación a su conexión con ciertos valores que sustentan a los derechos humanos. Dichos valores son la dignidad humana y sus implicaciones en el contexto de la discapacidad, la igualdad —inclusiva de la diferencia—, y la libertad —entendida como autonomía—. Dichos valores merecen sin duda una reflexión en el ámbito de la discapacidad, a la vez que dotan de fuerza los mismos reclamos que se vienen planteando desde el modelo social. (Palacios A. 2008:29)

No está de más aclarar que en todos los casos, el uso de diminutivos, denota una disminución en la valoración de la persona y no deben ser usadas de ninguna manera expresiones como: cieguite, sordite, etcétera.

Es por ello, que cuando hablamos de personas con discapacidad, es importante referirnos a su discapacidad solo cuando esto sea pertinente

### **Intervención en trabajo social con PCD**

Podemos definir que la intervención social mirada desde el autor Carballada (2012). Nos aporta que: se vinculan con las diferentes formas de intervención. Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”. Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención, permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos. La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y el contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la Intervención en lo social y también a sus peripecias de orientación y dirección.

La intervención en lo social en tanto aplicación de la Política de Salud como Política Social, puede ser entendida como una oportunidad que entrelaza; la Protección, el Lazo Social y los Problemas sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades

fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades. En este aspecto, la Intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas del campo de la salud tienen la oportunidad de alejarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos. La Intervención en lo Social como derecho, se vincula con el crecimiento y nuevo perfil de demanda a esta disciplina. En definitiva, una manera de concebirla donde se ligan el derecho a ser asistido, a recibir algo más que una prestación o un subsidio, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra, en definitiva; a ser “visible”. (Carballeda 2012:9)

El Trabajo Social y la salud indagan en qué medida y de qué manera un padecimiento afecta la vida cotidiana del sujeto y su familia. Es por ello que la intervención puede ser entendida como un proceso de análisis del contexto y de los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana.

Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en salud, construyen la escucha, la mirada y el registro para poder llegar a un diagnóstico más específico.

### **Sujete**

Según Esther Custó el Trabajo Social se fundamenta en el trabajo con los sujetos, con sus propias historias y vidas determinadas por sus experiencias. Referencia a los sujetos como personas activas, autores en la transformación de sus vidas en la sociedad. Esta autora define a los sujetos como “seres sociales porque se relaciona con otros en la sociedad. Seres históricos culturales, condicionante de su contexto social. Es al mismo tiempo, sujeto de necesidades que trata de satisfacerlas en su relación con otros”. Esther Custó, 1994:53).

Por otro lado, Margarita Rozas Pagaza (1998) admite pensar al sujeto actor como producto histórico-social. Los sujetos deben ser considerados en términos de derechos y con capacidad transformadora, de tal modo que resulta variable y difícil de comprender en sus demandas. Es decir, cada sujeto presenta sus particularidades ante una necesidad.

La definición de “La modernidad como construcción histórico-social constituyó su subjetividad a partir de ciertas lógicas institucionales. Así, se podía pensar a los sujetos en términos de sus relaciones con el Estado, la familia, la escuela y el trabajo” (Malacalza,

2009:2), hace referencia a cómo los sujetos son atravesados por las instituciones. Es a partir de la relación sujeto-institución que se le permite manifestarse de acuerdo a su realidad histórica.

En este recorrido sobre el concepto sujeto, se intentará realizar un breve análisis de la mirada de Michel Foucault, según lo referido por Edgar Castro (2006), en su trabajo investigativo:

Respecto de la relación entre sujeto e historia, *Historie de la folie* marca un cambio fundamental en el trabajo de Foucault. Por un lado, no sólo las formas de la locura y de la enfermedad mental son abordadas a partir de las condiciones históricas, también las formas del saber sobre la locura. Por otro, la historicidad del saber sobre la locura no se explica en relación con la mayor o menor objetividad que éste pueda alcanzar, en una historia del conocimiento concebida en términos teleológicos (como manifestación progresiva de una verdad), sino por las diferentes configuraciones históricas, discontinuas, que ponen de relieve las diferentes experiencias de la locura. (Castro, 2006: 3)

En el párrafo citado, Castro hace referencia específicamente al trabajo de Foucault, y plantea que el estudio mencionado surge desde la observación y análisis de la enfermedad mental y la locura. Es a partir de esta relación, y a su vez desde el saber del otro y desde su propio saber, teniendo en cuenta la relación de saber y poder o viceversa, que se considera cómo va evolucionando el concepto sujeto en cada obra de Foucault, que incorpora el concepto de sujeto histórico. De acuerdo al momento histórico habrá un sujeto, que estará alienado con su historia. La sociedad y las instituciones que le atraviesan son las que de alguna manera moldearán al sujeto histórico.

En la misma sintonía, en el artículo “El sujeto desde la perspectiva Lacaniana”, Leonardo Peskin (1994) realiza un análisis sobre el concepto sujeto desde la mirada de Lacan.

El concepto de sujeto, para Lacan, se origina en la sujeción al significante y, por ende, al inconsciente. El universo simbólico significativo es esencial para la humanización y determina la aparición del inconsciente estructurado como un lenguaje, aunque la complejidad de lo humano no se limita a eso. Se

considera que la “falta en ser” de la especie promueve la existencia del sujeto en el campo del significante. Es en el Otro donde el sujeto va a constituirse como un significante más dentro de la cadena simbólica y su estabilidad opera el Nombre del Padre. (Peskin, 1994:1)

Se puede vislumbrar que objeto y sujeto se relacionan y actúan entre sí. Es a partir de que el objeto, desde el lenguaje, adquiere un significado que permite reconocerlo, que el sujeto lo incorpora como significante. Esto da lugar al sujeto, al otro, que es el que le transmite y estructura su lenguaje. Este otro le permitirá manejarse en el lugar, desde lo simbólico, desde lo que le representa el sujeto. La figura del Padre es quien ordena y permite que el sujeto pueda constituirse como tal. El lenguaje estructura al sujeto.

La autora Marta Ester Santana (2018) permite reflexionar sobre el sujeto y nuestra intervención profesional. Los sujetos de intervención pueden ser abordados desde una posición individual, grupal o comunitaria (Montaño, 2000). Esta noción de sujeto se ha ido construyendo históricamente. En este artículo, Santana referencia al autor O’Donnell, quien pone en duda la idea de sujeto pleno, supuesta promesa de la Modernidad, producto de la conquista de los derechos. La autora expresa que:

El Trabajo Social, se presenta como una forma de regulación social que busca ubicar las consecuencias del capitalismo, fuera de la lógica de explotación, promoviendo las capacidades de los individuos y su familia en la resolución de sus problemas. “legitimando una forma de “ayuda” ante situaciones de “necesidad” antes que un “deber” frente a un “derecho” de los ciudadanos. (Santana, 2018:77).

A partir de lo analizado, se entiende que el concepto de sujeto fue evolucionando y que los autores citados reflexionan desde su disciplina, permitiendo a la tesista una mirada inclusiva. Este breve recorrido a través del concepto sujeto, posibilita pensar y reflexionar que, desde nuestro acervo profesional, los sujetos históricos, movilizadas a satisfacer sus necesidades particulares, pueden ser transformadores de su vida cotidiana. Los sujetos dejaron de ser los marginados para ser sujetos de derechos, en momentos históricos distintos.

## Sujete de derecho

En la Revista de Estudios Histórico - Jurídico, el autor Alejandro Guzmán Brito (2002), realiza un recorrido histórico y de esta manera puede situarse en el concepto sujeto de derecho. El mismo refiere:

Estrictamente, parece haber sido el filósofo y teólogo alemán, Konrad Summenhart (1450/1460-1502), quien por primera vez conectó *subiectum* con *ius*. Comentando la definición de este último concepto que había ofrecido el teólogo francés Jean de Gerson (1363 – 1429), como “*protestas vel facultas propinqua conveniens alicui secundum dictamen rectae rationis*”, acerca de su cláusula “*conveniens alicui*” (“que conviene a alguien”), dice que eso “se pone para denotar el sujeto del definido mismo”, o sea, el “sujeto” de “derecho”. (Brito, 2002:7)

Desde Leibniz, seguido por Wolff, y después por Kant, la identificación de *subiectum* y persona, bajo la expresión *subiectum iuris*, se convirtió en algo aceptado sin discusión, y penetró profundamente en el lenguaje de los juristas alemanes de fines del siglo XVIII y del siglo siguiente, primero en el discurso, por ejemplo, en la definición de las personas como sujetos, y después en el sistema, como una de las rúbricas de la *allgemeiner Teil*, en que *Rechtssubjekt* ocupa un lugar como *Oberbegriff* o supraconcepto principal, del cual se desciende enseguida a la persona. En esta identificación de la persona como actor del derecho con el sujeto de derecho no tuvo influencia apreciable la identificación de sujeto con la substancia pensante, la conciencia y el yo, que en el ámbito de la filosofía general empezó a tener lugar por influencia de Kant. (Brito, 2002:7)

A partir del análisis de este artículo se interpreta que el concepto Sujete de derecho fue evolucionado. Si bien analiza a diversos referentes de la filosofía, se detiene en Kant, quien se refiere a sujeto desde las obligaciones que contrae este para sí mismo y los demás. Es aquí donde el filósofo refuerza la idea de sujeto de derecho, y los juristas lo toman desde esta mirada. Extendiendo el recorrido histórico se concibe a le sujeto de derecho como término nacido con la implementación de normas.

Los tratados internacionales como las Leyes Nacionales, plantean aspectos en donde la nueva concepción sobre los sujetos de intervención, el cual es planteado como “Sujetos de Derechos”. El abordaje profesional debe ser planteado desde la participación y compromiso con los sujetos de Derechos.

Es así, que se plantea una mirada inclusiva tal lo señalado en el modelo Social de la discapacidad a la hora de realizar las intervenciones profesionales y teniendo un marco legal que respalda a los Trabajadores Sociales. Además del marco legal respaldatorio existen lógicas de intervención que tienen que ver con el posicionamiento ideológico, teórico y político de cada una.

### **Familia**

Para analizar este concepto fue necesario indagar con diferentes autores, que permitieron fortalecer y esclarecer las diferentes manifestaciones y evolución del término familia:

Familia sería la primera institución espontánea ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y modos culturales de organización social. De la familia proceden los sujetos que conforman la sociedad. Como primera forma de organización, no se debe naturalizar como buena en sí misma ya que en su interior pueden consolidarse y reproducirse desigualdades sociales, sean estas de género, entre mujeres y hombres, como así también de autoridad entre padres/madres hijos e hijas, así en su interior puede haber relaciones de autoritarismos, individualismos y procesos discriminatorios. (De Jong, 2001:12).

De Jong plantea que familia es la primera institución espontánea que ha sufrido alguna transformación histórica. Esta forma de organización, que se presenta de distintas maneras de acuerdo a las épocas, permite reproducirse y consolidarse como grupo. Cada familia utiliza diferentes estrategias para satisfacer las necesidades de sus integrantes. En esta forma de organización están bien marcados los roles; en ella encuentran lugar diferentes tipos de relaciones en la convivencia cotidiana.

Al constituirse como institución, posee un determinado cuerpo normativo, jurídico, cultural, por lo que trasmite, costumbres, reglas, valores, leyes que establecen las formas de producción y reproducción social, también se encuentra atravesada por la

sexualidad, el matrimonio, el trabajo, la propiedad, la justicia, la salud, la educación. La familia moderna como modelo justificado y organizada en base al patriarcado se encuentra en crisis, esto se ve reflejado en el área socioeconómica, creando nuevos roles en el papel de la mujer y niños en la sociedad. Dentro de la familia se produce una crisis de su sistema social, conflictos graves, situaciones de violencia, despedazamientos de vínculos, situaciones de abandono, maltrato. (De Jong, 2001:67).

Las familias, como instituciones, poseen normas jurídicas culturales, que son transmitidas generacionalmente. Como aclara De Jong, la familia ha sufrido transformaciones diversas. La familia moderna con base en el sistema patriarcal está en crisis. Las distintas manifestaciones de vulnerabilidad que se presentaron y presentan en el ámbito familiar, los hechos que han dado lugar a violencia, abandono, etc., trajeron como consecuencia la adaptación a las nuevas formas familiares.

En este trabajo de investigación se indaga en el concepto familia desde lo expuesto por Blanca Aida Núñez (2010), en su libro “Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría”. Núñez permite analizar este concepto considerando el devenir histórico y la mirada de diferentes autores. Pone de manifiesto que el término familia, desde el inicio estuvo asociado a la estructura familiar de Roma, resaltando la figura paterna. Esta figura tenía el poder sobre todos los que dependían de él, es decir eran sirvientes y esclavos. Esto sucede en el cristianismo desde la idea en la que “aparece un padre supremo “Dios padre todo poderoso, creador del cielo y de la tierra.” Durante muchos siglos se mantuvo la autoridad del padre en la familia, que era asimilada a la autoridad del rey”. (Núñez, 2010:20).

Siguiendo esta línea es posible afirmar que hasta el siglo XVII había una marcada distinción a nivel jerárquico con respecto a lo divino, humano y animal. Aparece entonces el concepto *paterfamilias*, en las que el hombre era el dueño de su familia y toda su descendencia, mientras que las mujeres ocupaban el último lugar. Esto implicaba que tanto la esposa como las hijas debían ser obedientes y disciplinadas a los ojos del esposo o padre.

Núñez también aclara que es muy complejo el concepto de Familia como institución, y que ha ido evolucionando histórica y culturalmente. En sus inicios, la *familia nuclear heterosexual* definía lo normal, mostrando los parámetros del deber ser

como familia. Lo que estaba por fuera de estos parámetros era considerado anormal, una desviación. Como se mencionó, este concepto ha ido evolucionando:

Es así, que para 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 provienen de la familia; lo mejor y lo peor tienen lugar en ella. (Núñez, 2010:22)  
La familia tiene en sí el potencial para enfermar o para curar. O sea, puede ser un entorno íntimo, confiable, de amor, 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 su seno puede tener cabida tanto lo mejor como lo peor de los sentimientos humanos. En cuanto a institución social, se señalan entre sus funciones la de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros”. (Núñez, 2010:22)

A partir de esta idea, es posible reflexionar y analizar que la familia, como institución, atravesó diversas transformaciones. Sin embargo, al mismo tiempo continúa implicando el desarrollo de cada uno de sus integrantes, característica que mantiene desde sus inicios. Es decir, de acuerdo al ámbito familiar y de cómo se manifiesta este entorno desde el amor, apoyo, seguridad etc., las personas adquieren diversos valores y la capacidad de transmitirlos. El sentimiento de pertenencia a un grupo es uno de los factores que influye y permite este traspaso de valores.

Núñez expresa también que existen diferentes representaciones familiares. Su análisis sobre el pensamiento de Levi-Strauss nos brinda una aproximación antropológica al tema de familia, como se manifiesta en la siguiente cita:

El átomo elemental de parentesco”. “Caracterizará a la familia como un grupo humano ligado por un vínculo de sangre, de casamiento y de filiación. Este átomo tiene cuatro elementos: la madre, el padre, el hijo, y los representantes de las familias de

origen unidos por vínculos de diferentes categorías. Cada uno tiene a cargo una de las funciones que circulan en la familia. Este autor caracterizará a la familia desde el punto de vista de las funciones y los vínculos. (Levi Strauss 1979, como se citó en Núñez 2010:23)

Este párrafo permite considerar cómo la idea de familia está ligada a los lazos sanguíneos. Esta línea de sangre – ya sea por casamiento o filiación – permite estructurar a la familia y el lugar que ocupa cada uno dentro de ella. Desde de que cada persona conoce y reconoce su lugar y el vínculo que se crea, la familia va adquiriendo formas y matices propios.

Siguiendo los parámetros de Blanca Aida Núñez, se analizan los vínculos familiares y como estos son diferentes y se manejan de formas distintas como padres, madres, hijos, hermanos, cónyuges, etc. Estos vínculos se intercambian, van mutando a medida que la familia crece y se desarrolla; son estructurados o estructurantes de las personas unidas. La autora recurre a diversos intelectuales para analizar estos vínculos.

Freud (1895) Desde el psicoanálisis “habló del desamparo inicial del sujeto humano, de su marcada inmadurez e impotencia y su prolongada y vital dependencia de vínculos con otros a fin de poder satisfacer sus necesidades básicas y poder sobrevivir. (Freud 1895, como se citó en Núñez 2010:24).

En los años '60 realizó una contribución valiosa a esta temática aportando su teoría del vínculo, en la cual queda asentada una visión vincular e intersubjetiva del psiquismo humano. Él sostenía que: “no hay psiquismo fuera del vínculo”. El sujeto humano es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado. Es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases”. (Pichón Rievire 1979, como se citó en Núñez 2010:24)

Núñez reconoce a la familia “como una estructura compleja que incluye a los sujetos, el objeto y la mutua interacción a través de proceso de comunicación y aprendizaje, en el marco intersubjetivo” (Núñez 2010:24). Es decir que los sujetos por necesidad necesitan interactuar, vincularse con otros, ya sea dentro de su propio grupo y

clase, o con otros grupos e individuos. Claro está que, de acuerdo al lazo que exista con ese otro, será el tipo de relación y comunicación que tendrá. A partir de la forma de los vínculos que se generan, se establece el tipo de relación (buena, mala, padre, madre, hijos, hermanos, etc.).

A su vez, la ya mencionada escritora presenta el concepto de *ciclo vital de la familia*. Considera a diversos autores para lograr entender qué es un ciclo, partiendo de la idea de una orden o secuencia básica como nacimiento, enfermedad y muerte.

La familia, organismo social, como los individuos, organismos biopsicosociales, tiene un ciclo vital: nace, crece, se reproduce y muere. Y en este ciclo vital hay, como en los individuos momentos de crisis, que ponen a prueba la salud y la madurez del grupo familiar. (Losso, 2001, como se citó en Núñez, 2010:36)

Que la teoría del ciclo vital, es de gran utilidad como base para comprender la situación de enfermedad o discapacidad acaecida a cualquier miembro de la familia, influyendo de distintas maneras en función del periodo de desarrollo que esté atravesando la familia o el individuo. Por otro lado, al enfrentarse por la situación de enfermedad o discapacidad, se verá afectado por el momento del ciclo de vida del individuo o la familia en la que sucede “Es decir que el momento del ciclo de vida en que se produce la crisis determinará la forma de adaptación de la familia a la misma y también la influencia en el desarrollo posterior. (Rollad 2000, como se citó en Núñez, 2010:56).

El mayor estrés del ciclo vital para estas familias es el futuro, la falta de servicios para los enfermos mentales adultos y tercera edad cada vez más numerosos, por el aumento en la esperanza de vida, la incertidumbre y la poca experiencia de las leyes en los aspectos de la tutela, aumentando el miedo y un grado de estrés aún mayor.” Es un hecho de observación clínica que en cada etapa de transición de un ciclo a otro implica que “la herida inicial del diagnóstico”, que cuesta cicatrizar, se vuelva a abrir. Cada etapa de transición ofrece así la oportunidad de resignificar la crisis inicial. (Freixa Niella 2000, como se citó en Núñez 2010:57)

De acuerdo a los diferentes momentos y transformaciones, la familia ve modificado su ciclo vital. Es decir que, según lo conocido, lo que es normal en su cotidianidad se establece el modo en el que la familia transita su andar. En los momentos de crisis, enfermedad o discapacidad, se espera que la familia se fortalezca y busque herramientas para atravesar dichos procesos. Encontrar esas herramientas no implica cerrar las heridas sino aprender a convivir con ellas.

La fortaleza de los vínculos familiares es muy importante, pues esos lazos son puestos a prueba al tiempo de sobrellevar la incertidumbre, en los momentos difíciles. El estado de estos lazos determina la evolución de cada familia y la forma en la que enfrenten el estrés, sacando de la caja de herramientas todos los recursos para sostener a la Persona con Discapacidad y sostenerse como familia.

### **Vida cotidiana**

La vida cotidiana tiene una gran cantidad de aspectos diversos que nos implican como seres humanos: desde nuestros sentidos, nuestras capacidades y habilidades físicas e intelectuales a nuestros sentimientos.

Heller establece que: La «vida cotidiana» se caracteriza por «educar» y «educarse», transmitir usos y adquirirlos, lo que sucede siempre en un «ambiente inmediato»: el mundo cotidiano del «particular», desde el cual se alcanzan las objetivaciones más elevadas como la ciencia y el arte. La vida cotidiana, escenario de las relaciones sociales entre los individuos sociales, es regida por las decisiones y las acciones.

Los seres humanos nacen en un mundo que no eligen, que está «ya constituido», tiene una historia, lenguajes, tradiciones, prácticas culturales, es decir, «sistemas de usos». Para poder sobrevivir, cada ser humano debe aprender a utilizar sus propios «sistemas». Así, un «particular» es siempre una persona cultural e históricamente ubicada con unos límites y unas posibilidades más o menos definibles que, en términos de una media, ha conseguido «dominar» sus propios «sistemas de usos».

La apropiación de los «sistemas de usos» siempre es provisional, los seres humanos los aprenden cada día y pueden crear y aprender nuevos «sistemas», asimismo todos los «sistemas» son

dinámicos, cambian. Dicho de otra forma, una vez que el «particular» se ha apropiado de sus «sistemas de usos», tiene la capacidad y la posibilidad, varias veces, de elegir por sí mismo su «ambiente directo, puede escoger un pequeño mundo suyo relativamente nuevo, dentro de límites precisos más o menos amplios» (Heller, 1987: 23-26)

Esta diversidad o heterogeneidad de acciones no es exteriorizada o expresada en todo momento, sino que depende de la actividad y de la compañía existente, para que algunas se activen más que otras.

“En la vida cotidiana los tipos de actividad son tan heterogéneos como las habilidades, las aptitudes, los tipos de percepción, los afectos; o más exactamente: ya que la vida cotidiana requiere de tipos de actividad netamente heterogéneos, en ella se desarrollan habilidades, aptitudes y sentimientos netamente heterogéneos.

La heterogeneidad de las formas de actividad no se evidencia sólo por el hecho de que éstas sean de especie diferente, sino también porque tienen distinta importancia [...] La importancia de las comidas, la limpieza, del trabajo, del reposo, de la sexualidad, del juego de la diversión, por citar algunos tipos de actividad, es muy diversa en la vida cotidiana de los individuos según los tiempos y el estrato social.” (Heller, 1994: 95-96)

En este sentido algunas actividades se llevan a cabo y son necesarias más que otras según el momento histórico y el espacio tiempo. De esta manera introducimos otro concepto trabajado por la autora, ya que la heterogeneidad siempre va a estar organizada de modo jerárquico y esta jerarquía se corresponde con el modo de producción existente. En este sentido el concepto de jerarquía está siempre referido a una escala organizada según las estructuras económico-sociales “[...] la jerarquía no es eterna ni inmutable, sino que se modifica según las diferentes estructuras económico-sociales.” (Heller, 1982: 24)

La vida cotidiana, escenario de las relaciones sociales entre los individuos sociales, es regida por las decisiones y las acciones de las personas. Cada instante, hombres y mujeres son forzados a tomar decisiones que pueden implicar consecuencias individuales o colectivas. De esa manera, para que los individuos se puedan relacionar armónicamente y socialmente, se establecen las normas y reglas de conducta que cimientan la

vida en sociedad, y que establecen un sentido moral y ético que orienta esas relaciones sociales.

La toma de conciencia ética y política solo puede ser la transformación del miedo por la libertad. Para cualquier persona, deshacerse de la asistencia paternalista y de los acuerdos por conveniencia o intereses implica, sobre todo, una afirmación ante la vida y el mundo. En otras palabras, es un acto de coraje ante sí mismo como sujeto social, creador y transformador de la realidad, y ante la vida en sociedad, como proceso de auto creación de la praxis social, es decir, como modo de ser, actuar y pensar en y para la vida en comunidad.

[...] Las formas de ascenso por encima de la vida cotidiana que producen objetivaciones duraderas son el arte y la ciencia. [...] el reflejo artístico y el reflejo científico rompen con la tendencia espontánea del pensamiento cotidiano, tendencia orientada al Yo individual-particular. El arte realiza tal proceso porque, gracias a su esencia, es autoconciencia y memoria de la humanidad; la ciencia de la sociedad, en la medida en que desantropocentrista (o sea, deja de lado la teología referida al hombre singular); la ciencia de la naturaleza, gracias a su carácter desantropomorfizador. Ni siquiera la ciencia y el arte están separados de la vida del pensamiento cotidiano por límites rigurosos, como podemos ver en varios aspectos. (Heller 2004, 26)

Heller nos indica que, cuando nos disponemos a un conocimiento nuevo, a derrumbar barreras, a buscar objetivos o ideales, nos afirmamos como sujetos sociales, sin juicios provisionales o ultra generalizaciones, de modo que se abre un campo de nuevas posibilidades. La toma de conciencia, por sí sola, ya es un posicionamiento ético y político de y para la vida social. Envuelve decisiones, intereses, valores, juicios, necesidades y particularidades, así como sentimientos, pasiones, egoísmos, exigencias, aspiraciones y acciones sociales. Por eso tiene que partir del propio ser social.

Si la conciencia es un atributo ontológico del ser social, es necesario extraer de las contradicciones de la vida social los elementos constitutivos para una actitud consciente. Es una toma de posición del ser social en cuanto ser singular, particular y universal, y asumir para sí los componentes de la esencia humana: trabajo, sociabilidad,

universalidad, conciencia y libertad (Heller 2004). En otras palabras, es considerar los valores generales del ser social, o sea,

“[...] todo aquello que, en cualquiera de los ámbitos y en relación con la situación de cada momento, contribuya para el enriquecimiento de aquellos componentes esenciales” Es en la vida cotidiana que el ser social – particular, singular y general – se coloca o es colocado; por lo tanto, el fundamento de la ética y de la política solo puede consumarse en la esencia ontológica del ser social, es decir, en su Yo. Recordando a Marx, “[...] no es la conciencia de los hombres la que determina su ser, por el contrario, es su ser social que determina su conciencia”. (Heller 2004, 4-5).

De esa manera, la toma de conciencia ética (en cuanto al modo de ser) y política (en cuanto al modo de actuar) en y para la vida cotidiana es una postura consciente ante situaciones concretas de lo cotidiano social. La existencia humana implica necesariamente la existencia de la vida cotidiana. No hay modo de desunir existencia y cotidianidad, ni cómo vivir totalmente inmerso en la no cotidianidad. Lo cotidiano – o mundo de la vida – es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los individuos sociales particulares, que crean posibilidad para la vida social (Heller, 1977).

Margarita Rozas Pagaza plantea que la vida cotidiana es el ámbito micro social en el que los Trabajadores Sociales desarrollan sus prácticas profesionales. La vida cotidiana es un concepto clave para la comprensión del campo problemático en Trabajo Social, ya que es reconocido como un espacio en el cual las personas se relacionan. Es donde los sujetos configuran y reconstruyen constantemente la sociedad, al mismo tiempo que les dan sentido a sus vidas. A través de esta construcción es posible explicar los aspectos más significativos de la vida social, contribuyendo así al enriquecimiento de la construcción profesional, reconociendo al micro mundo cotidiano como punto de partida al conocimiento científico. (Rozas Pagaza, 1998:38).

El Trabajo Social encuentra en la vida cotidiana un punto de partida para la valoración de su práctica profesional, al buscar la posibilidad de construir conocimiento a partir de la recuperación de elementos significativos que hacen a la vida social de los sujetos con el fin de resignificar el sentido social de la profesión. (Rozas Pagaza, 1998:39).

A partir de los aportes de los autores, es posible arribar a una reflexión sobre vida cotidiana. Los sujetos se van adaptando a su espacio particular y cada uno se desarrolla de acuerdo al contexto histórico–institucional que lo ha ido moldeando de valores y representaciones sociales. Cada individuo reproduce estos valores y representaciones, de manera tal que le permiten satisfacer sus necesidades, ya sea desde un espacio social, natural, familiar, laboral, educacional, de tiempo libre, etc. Es por ello que desde la visión de la autora Agnes Heller, podemos entender que la vida cotidiana es el lugar donde se debe educar – a otros – y educarse a sí mismo, para ser parte de una sociedad que tiene sus normas y reglas establecidas. Rozas Pagaza agrega que la vida cotidiana es un ámbito para poder relacionarse, constituirse entre los sujetos y la sociedad. Plantea también que es el espacio en donde los Trabajadores Sociales desarrollan su práctica.

### **Género**

Desde este concepto, se intenta reconocer las desigualdades a las cuales están expuestas las mujeres, dado que son ellas quienes asumen la mayor responsabilidad en el cuidado de las PCD. Esto se observa en diversos ámbitos: familiar e instituciones abocadas al cuidado.

El género, como categoría social, es una de las contribuciones teóricas más significativas del feminismo contemporáneo. Esta categoría analítica surgió para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo énfasis en la noción de multiplicidad de identidades. Lo femenino y lo masculino se conforma a partir de una relación mutua, cultural e histórica. El género es una categoría transdisciplinaria que desarrolla un enfoque globalizador y remite a rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se atribuyen a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad. (Gamba, 2009:121)

Se entiende que la diferencia entre el hombre y la mujer está dada desde su relación diferenciada por el lugar de poder que ocupa cada uno. Esta relación de poder es histórica y se ha ido gestando social y culturalmente, de tal forma que desde las funciones psicológicas ya están definidas, así como el deber ser de cada sexo, determinado social y culturalmente.

El concepto género no se agota en una sola disciplina, es necesario esbozar una mirada transdisciplinaria para acercarnos a un análisis completo. A continuación,

retomamos lo expuesto por Rita Segato (2003) en su libro *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*, en el que emprende el estudio del concepto género desde la antropología.

Pese a que tradicionalmente la reflexión sobre género ha sido dejada a cargo de las mujeres, en verdad trata de una estructura de relaciones, por lo cual habla de todos, mientras provee una gran metáfora de todas las formas de subordinación voluntaria, además de que nos permite referirnos a otras disposiciones jerárquicas en la sociedad, otras formas de sujeción, sean ellas, étnicas, raciales, regionales o las que se instala entre los imperios y las naciones periféricas. (Segato, 2003:56)

Este párrafo nos permite entender que la categoría género implica una relación de poder, una subordinación voluntaria. La autora permite discurrir sobre las diferentes formas de jerarquizar que tiene la sociedad, y que muchas se producen a partir de esta ecuación.

Puede haber inversiones y permutas, pero nunca disimetría. O sea que el orden de lo simbólico, el orden de la estructura que organiza los significantes en la vida social-es de naturaleza “patriarcal”, y el orden patriarcal es, por definición, jerárquico y controlado por la presencia del poder simbólicamente encarnado en la figura del padre. (Brennan, citado por Segato, 2002:57).

Segato demuestra cómo el poder se pone de manifiesto en las diferentes estructuras, de tal forma que resulta natural el poder del hombre-padre de familia. En esta normalidad es la mujer quien se subordina voluntariamente, primero al poder del padre y luego al poder del hombre en los diferentes ámbitos y roles, en los cuales se entiende como normal el cuidado del hombre.

### **Perspectiva de género de las PCD**

Esta investigación, nace desde la observación y el análisis previo de un conjunto de circunstancias que afectan a un sector social; al de las PCD en particular al de las mujeres con discapacidad. Centrándonos en el estudio, del binomio mujeres y discapacidad, el género y la discapacidad interactúan posicionando a las mujeres en un estado desigual del respeto de los hombres y a las personas sin discapacidad, por lo que las mujeres con discapacidad sufren una doble discriminación, en nuestra sociedad los

valores predominantes son todavía patriarcales con la consecuente desventaja de las mujeres, con esto queremos denotar que lo no-diferenciación de géneros en las personas con discapacidad

las condiciona a ser seres asexuados y no tener una visión real de cuál es la situación personal y social dependiendo del género.

Ambas definiciones constituyen posicionamientos cruciales del movimiento de PCD. Ponen en evidencia que la discapacidad es una categoría portadora de un estigma que emerge a partir de procesos de exclusión social. A pesar de las legislaciones, son frecuentes las sentencias judiciales que hacen alusión al modelo social de la discapacidad en sus considerandos, pero luego reproducen lo peor del modelo médico en la parte resolutoria. Esta brecha indica que, a más de 13 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las PCD (CDPD), no se han terminado de comprender las implicancias de sus postulados.

Por otra parte, también hay que considerar que el género y, en particular, las violencias sufridas por las mujeres e identidades feminizadas resultan factores estructurantes. Para poder analizar las violencias a las que están expuestas las mujeres con discapacidad es necesario tener en cuenta la perspectiva interseccional. Las PCD de todos los géneros son titulares de derechos y gozan de igual protección en virtud del artículo 19. Por ello, deben adoptarse todas las medidas apropiadas para garantizar el pleno desarrollo, promoción y empoderamiento de las PCD y, en particular, de las mujeres con discapacidad. Las PCD deben gozar de igual protección y, por tanto, del respeto de sus relaciones personales. Además, el derecho a vivir de manera independiente y a incluirse en la comunidad abarca la protección de las PCD perteneciente a cualquier grupo de edad, etnia, minorías lingüísticas y/o religiosas, migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. (Martínez, 2004:5)

A las PCD se les ha negado históricamente su elección personal y su control en todas las áreas de sus vidas. La infraestructura comunitaria no está diseñada universalmente y los recursos se invierten en instituciones, en lugar de desarrollar posibilidades para que las PCD puedan vivir de forma independiente en la comunidad. Todo esto los ha llevado al abandono, a la dependencia de la familia, a la

institucionalización y al aislamiento. Muchas mujeres con discapacidad son segregadas y olvidadas en instituciones psiquiátricas o geriátricas, en los cuales muchas veces sufren diversas formas de violencias y donde no existen protocolos de consentimiento informado.

Al analizar la discapacidad desde la perspectiva de género lo primero que llama la atención es los que los estudiosos del tema adoptan principalmente los postulados de las teorías feministas. Algunos de los primeros intentos de poner en relación el género con la discapacidad son los trabajos de Jo Campling (1979, 1981) que suponen dar un giro al enfoque médico ya que entre sus aportaciones destacan el intento de ubicar la discapacidad en un contexto social, dejando que las propias mujeres discapacitadas hablen de su discapacitación.

Otros autores han recurrido a esta misma metodología. Para Michelle Fine y Adrienne Asch (1988), la causa de la situación de exclusión social de la mujer discapacitada se debe buscar en ciertos valores masculinos dominantes en las sociedades capitalistas. Estas autoras consideran que la mujer con discapacidad experimenta un sentimiento de inferioridad con relación a sus grupos minoritarios de referencia (los hombres con discapacidades y las mujeres estándares). Esta situación es definida como doble discriminación, y se ve reflejada en la exclusión social, política y económica de las mujeres con discapacidades.

En la misma línea de estudios feministas, Susan Lonsdale (1990) adoptó el modelo social de la discapacidad para presentar un estudio sobre la experiencia que supone la discapacidad física para las mujeres, enfocado en la falta de presencia de la mujer con discapacidad en la sociedad, su “invisibilidad”. También abarca diversos aspectos relacionados a la integración laboral y a la dependencia económica, causales de que las enormes dificultades que encuentran las mujeres con discapacidad física para alcanzar una situación de independencia y autodeterminación.

La obra de Jenny Morris (1996) nos presenta la experiencia de la discapacidad desde la perspectiva feminista considerando las barreras psicosociales como la causa fundamental de la exclusión social de las mujeres con discapacidad. García de la Cruz (2004) analiza el caso de las mujeres con gran discapacidad, las cuales se ven obligadas a desenvolverse cotidianamente en un contexto social que no siempre es favorable para ellas. El espejo social de la mujer con gran discapacidad permite vislumbrar el panorama – social y personal – en el que estas mujeres desarrollan su vida: cómo sienten ellas su

situación, cómo la viven sus familias y de qué manera la sociedad se comporta ante sus circunstancias.

En último lugar, el estudio de la autora Asunción Moya Maya (2004), que tiene su origen en el proyecto “Mujer y discapacidad”, refleja por un lado la necesidad de estas mujeres de ser escuchadas en cuanto a sus particularidades y problemáticas, y por otro, la urgencia de encontrar una respuesta que les ayude a desarrollar una vida normalizada – como lo hacían con anterioridad a la discapacidad –.

Por otra parte, resultan también muy importantes los aportes de distintos autores que analizaron el binomio mujer/discapacidad desde la perspectiva del empleo y la formación. En este sentido, se acentúa la obra de Shum, Conde e Iglesias (1998). La publicación es el resultado de una investigación realizada por las autoras, cuya intención es buscar un acercamiento a cómo la discriminación derivada del género y de la discapacidad se concreta en la experiencia sociolaboral de las mujeres con discapacidad física.

El colectivo de mujeres con discapacidad sensorial auditiva o sordas también ha sido objeto de diversos estudios de índole nacional. Las investigaciones de Aranda Redruello et al. (2003) y el de Iniesta Martínez (2004) son las más actuales en esta línea. En ellas, se constata que la situación de la mujer sorda en la vida pública es efímera e irrisoria, su participación es estimada escasa tanto dentro del mundo de lo público como en áreas educativas y laborales. La experiencia que las mujeres sordas tienen es discriminación y relegación a un segundo plano; aunque el grado de conciencia al respecto y su capacidad para percibirlo difiere, dado que persisten grupos de mujeres sordas que asumen una categoría inmovilista y tradicional sumidas en las normas sociales preestablecidas.

### **Institución**

Habitualmente, las instituciones se crean instituciones con un objetivo general: plasmar y organizar los grupos que se relacionan con ella. En todos los casos, la finalidad es la de satisfacer las necesidades sociales.

Para comprender el concepto de institución, es fundamental el aporte de Michel Foucault (2002), quien analiza instituciones de encierro, cárceles y manicomios, y cómo operan, de tal manera que todas ellas comparten una matriz común.

No se trata de hacer aquí la historia de las diferentes instituciones disciplinarias, en lo que cada una pueda tener de singular, sino

únicamente de señalar en una serie de ejemplos algunas de las técnicas esenciales que, de una en otra, se han generalizado más fácilmente. Técnicas minuciosas siempre, con frecuencia íntimas, pero que tienen su importancia, puesto que definen ciertos modos de adscripción política y detallada del cuerpo, una nueva “microfísica del poder”. (Foucault 2002:127)

Se entiende, de acuerdo a la reflexión y perspectiva de este autor, que las instituciones son partes del cuerpo social, que operan con el sistema político, y que, de acuerdo al tiempo histórico, van adquiriendo su propia forma de vigilar y castigar. Queda claro que el objetivo es el disciplinamiento, la cuestión predominante es la de direccionar y manejar ese cuerpo-individuo. Quien no se acomoda al requerimiento social del momento es separado, excluido, señalado. Desde la antigüedad siempre se pensó en dualidades: buenos/males, sanes/enfermos, etc. Son las instituciones las que permiten legalizar y resguardar al sujeto para su disciplinamiento y encierro.

La definición de Institución presente en el diccionario de Trabajo Social, citado por el autor Ezequiel Ander Egg (2015); señala:

Conforme a este doble alcance con que se utiliza este concepto, por una parte, designa un conjunto de normas roles y pautas de comportamiento socialmente sancionadas. Aceptada por una determinada sociedad o parte de ella, las instituciones tienen por finalidad regular las actividades de los individuos para asegurar la satisfacción de alguna necesidad básica de carácter colectivo, fundamentalmente a lo concerniente a costumbres o formas de proceder en las relaciones sociales. Cada individuo está presionado en mayor o menor medida, a cumplir pautas institucionalizadas.

Por extensión, el término “institución” se aplica a las asociaciones u organizaciones de carácter público o semipúblico que suponen una serie de pautas institucionalizadas, cristalizadas en organizaciones formales que persiguen objetivos específicos.

Instituciones sociales: Son núcleos básicos de la organización social, comunes a todas las sociedades, cuya finalidad es resolver algunos de los problemas de la vida social. Las instituciones sociales de reconocimientos más generales son: la familia, la

escuela, la iglesia, la religión, el Estado, el sistema económico, el arte, el deporte, la sanidad, etc. (Ander Egg 2015: 182-183).

A partir de estos párrafos, se puede inferir que existen dos caminos para definir este término: uno de ellos desde las normas y pautas de comportamiento de acuerdo a lo estipulado por lo socialmente correcto; y el otro, como estructura que funciona de tal manera que se organiza de acuerdo a la satisfacción de necesidades.

### **Estereotipos, estigmas**

En este apartado se intentará definir los conceptos de estereotipos y estigmas, que están profundamente relacionados. Para ello, se recurrirá a Goffman Erving (2006), en su libro *Estigma. La identidad deteriorada*. Aquí, el autor expresa que la sociedad tiende a categorizar a las personas, ya sea desde los atributos positivos o negativos. De esta manera, al relacionarse con otros, los individuos pueden, a través de la categorización, saber dónde situarse y situar a los otros.

Por consiguiente, es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras experiencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social. (Goffman, 2006: 12)

Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipos. Se puede mencionar tres tipos de estigma, notoriamente diferentes. En primer lugar, las abominaciones del cuerpo – las distintas deformidades físicas –, luego los defectos de carácter que se percibe en el individuo por falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Por último, los estigmas tribales, de la raza, nación y la religión, susceptibles de ser transmitido por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de la familia. (Goffman, 2006: 13-14)

Queda claro que una sociedad tiene creada una lista de categorías del deber ser, según los parámetros naturales y sociales, que de alguna manera conforman la marca identitaria del sujeto, grupo, etc. Si bien se mencionó que ambos conceptos – estereotipos y estigmas – están relacionados, no significa que todos los estereotipos sean negativos, sino que algunos pueden ser positivos. No sucede lo mismo con el concepto estigma: ésta marca de identidad siempre es negativa.

Cliché, imagen interior y sugestiva, creencia popular u opinión preconcebida que se aplica a un aspecto de la realidad de manera más o menos consiente, pero que no se corresponde con la realidad misma. Aceptado el estereotipo por una persona, grupo o sociedad en su conjunto, influye en las actitudes y comportamientos. Los estereotipos son formulaciones simples, más falsas que verdaderas, que se han adquirido de segunda mano y que son resistentes al cambio. (Ander Egg, 2009:137)

Suelen enunciarse en respuestas verbales, más o menos rígidas, que tiene una gran carga emocional. Los más comunes, son los de raza, status social, carácter nacional, etc. (Ander Egg, 2009:137)

Tanto los estereotipos como los estigmas tienen un componente afectivo y de conducta. Queda expuesto que los estereotipos son la creencia u opinión de otros, siempre de acuerdo con los parámetros que indica la sociedad o grupo al que se pertenece. A partir de este sentido de pertenencia y la percepción que deriva de ello florecen los procesos de socialización que intervienen, generando los estereotipos y estigmas.

### **Resiliencia**

Según la autora Liliana Calvo Li (2009), es necesario comprender el concepto Resiliencia desde la idea de una forma de sentir, de ver diferentes maneras de salir de una situación extrema, a la cual les sujetos toman como fortaleza y experiencia para seguir adelante. Este sentimiento le permite crear lazos profundos con aquellas personas que de alguna manera acompañaron en el proceso. Esta autora expone que existen pilares que fortalecen esta capacidad de resiliencia, como la autoestima.

Como Trabajadores Sociales es vital que proyectemos propuestas que promuevan los factores resilientes en las personas dentro de las familias, en las escuelas donde los niños y jóvenes están varias horas al día, en clubes, centros vecinales donde se reúnen los vecinos de un barrio, en la atención de gabinetes judiciales, en los centros de jubilados, talleres de desarrollo personal, en los espacios culturales; todos estos sitios y espacios son propicios para que a través de lo creativo se creen talleres y grupos que faciliten actitudes de desarrollo humano e inserción social. (Calvo Li, 2009:40)

El párrafo citado permite reflexionar que, desde el rol profesional, se debe trabajar desde una mirada integradora que le permita a los Trabajadores Sociales ser generadores de proyectos que promuevan los elementos necesarios para incentivar a la comunidad, y lograr desde el interior mismo la fortaleza para el desarrollo individual, familiar y comunitario.

En el artículo “La Resiliencia en PCD” la Licenciada Beatriz Segura Rosas, analiza un caso en el cual revela que todos llegan a la misma definición de:

Resiliencia que es la capacidad de adaptación, de una manera positiva del ser humano para recuperarse de algún acontecimiento desfavorable, pero, para que una persona pueda superar las adversidades debe tener otros pilares de apoyo, entre ellos la aceptación, el amor incondicional y la autoestima. (Segura Rosas, 2019:1)

En el mismo título, la autora plantea que se deben considerar diferentes momentos de la resiliencia. El primero está acompañado por la aceptación del problema que incapacita al sujeto para continuar con su vida cotidiana tal como la conocía. Una vez producida la aceptación, tiene lugar el segundo momento, en el cual el sujeto se fortalecerá por el amor incondicional (familia, amigos); y como último momento, aparece la autoestima, que le permitirá reunir el valor y resistir ante la adversidad.

### **Marco Legal. Mirando la legislación utilizada**

Para conocer y reconocer qué derechos tienen las PCD, se recurre a la investigación realizada por la Lic. Luisa Ripa (2014). En su libro *PCD: su abordaje desde miradas convergentes*, precisamente en el capítulo 2 “Los derechos de las PCD”, Ripa expresa que:

La discapacidad ha sido cuidada desde hace décadas por normas que prohíben toda forma de discriminación y obliga a prestar la asistencia a la salud, entre otras. El derecho al trabajo es otro de los marcos tradicionales de garantías para la población. (Ripa, 2014:63)

Las PCD están protegidas desde un marco legal de aplicación universal; al que Argentina se adhirió con la firma de la CDPD y el Protocolo Facultativo, el 30 de marzo del 2007, ratificado además por el Congreso el 2 de septiembre del 2008.

En la provincia de Chubut, la Constitución de la Provincia establece, en su Art.30, lo siguiente:

La familia, la sociedad y el Estado tienen a su cargo la protección integral de las personas discapacitadas. Dicha protección abarca la prevención, asistencia, rehabilitación, educación, capacitación, inserción en la vida social y laboral, y la promoción de políticas tendientes a la toma de conciencia de la sociedad respecto a sus deberes de solidaridad evitando toda discriminación.

El Estado, en su caso, debe subrogarse en el ejercicio de las acciones que correspondan contra los obligados. (Constitución de la Provincia de Chubut, 1994:16)

En todo el ámbito de la Provincia se establecen normas para que el desplazamiento, acceso y desenvolvimiento de las PCD para que encuentren facilidades que favorezcan su independencia. (Constitución de la Provincia de Chubut, 1994:16)

Como se puede observar, la provincia de Chubut asume dicho compromiso y elabora sus propias normas en concordancia con el Estado Nacional. Las siguientes leyes, las cuales fueron investigadas desde el Digesto Provincial de Discapacidad, perteneciente a la Honorable Legislatura Provincial de Chubut, conforman la legislación provincial respecto de la discapacidad:

Ley I 140 (Art.10 Accesibilidad transporte de pasajeros)

Ley I 156 (libre acceso a la información de fuentes oficiales)

Ley I 207 (Sistema de Protección Integral de personas afectadas por el Síndrome autístico y de su familia). Reglamentada por Decreto 1614/20

Ley I 294 (Creación del Consejo Provincial de Atención Integral de las PCD). Reglamentada por Decreto I N°350/2006 Apruébese la reglamentación de dos artículos de la Ley de Creación del Consejo Provincial de Discapacidad.

Decreto I 350 (Reglamenta Ley I 294)

Ley I 296 (Sistema de protección integral de las PCD).

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Decreto Reglamentario 603/2013.

Ley N°26.378 Convención sobre los Derechos de las PCD y su protocolo Facultativo.

Ley Nacional N°26.150 Educación Sexual Integral.

Ley Nacional de Educación Argentina N°26.206. Su Análisis a la luz de la Convención sobre los Derechos de las PCD. (Ley 26.378). Por Magdalena Orlando de las PCD) Modificaciones no consolidadas a la fecha. Artículo 3 sustituido por Ley I-459 art 3 (sancionada 23/03/2012), promulgada Dto.541/12 (publicada en B.O.11459 (25/04/2012).

Reglamentada por Decreto I N°94/07 Reglamentación del Sistema de Protección Integral a las PCD.

Ley I 332 (adhiera a la Ley 25415 Detección temprana y atención de la Hipoacusia).

Ley I 345 (adhiera a la Ley 25855 voluntariado social) - Ley I 384 (Salud Mental).

Ley Nacional N°27072 Trabajo Social y sus incumbencias.

#### Artículo 9. Incumbencias profesionales del Trabajo Social

Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;

b) Planes, programas y proyectos sociales;

c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;

d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.

2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

3. Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.

4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.

5. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.
6. Intervención profesional en instancias o programas de mediación.
7. Intervención profesional como agentes de salud.
8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.
9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.
10. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a: a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social; b) La producción de conocimientos teórico metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción; c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.
11. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.
12. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

### **Legislación referente a género**

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o CETFDCM (también conocida por sus siglas en inglés CEDAW).
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. La
- Ley Nacional N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley Nacional N° 26.743 de Identidad de Género.
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley Provincial III N° 21.

- Ley Micaela N° 27499- La Ley Micaela o Ley de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado (N° 27499, Artículo 1°) fue promulgada en Argentina en el año 2018. Establece la instrucción obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que se desempeñen en la función pública, en todos sus niveles y jerarquías, en los poderes – Ejecutivo, Legislativo y Judicial – de la Nación. Ley Micaela N° 27499
- Ley XV 26 Provincial, De Protección Integral e Igualdad de Oportunidades y Equidad de Género Chubut

Artículo 10. Aplicación Obligatoria: Son de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de mujeres, niñas y adolescentes, adultas Mayores y personas pertenecientes al colectivo LGBTQ+, Ley XV N° 12 de Violencia Familiar, la Convención sobre los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. La Ley Nacional de Salud Mental 26657 y Provincial I N° 384, Ley VIII N° 121, Ley I N° 605, y Ley XV N° 24, Provincia de Chubut Artículo 10 Ley de Protección Integral e Igualdad de Oportunidades y Equidad de Género,

La presente investigación permitirá ampliar el conocimiento sobre la problemática de las PCD y entenderla, desde la mirada de los distintos autores trabajados durante el proceso de formación académica, para lograr los objetivos planteados.

A continuación, presentaremos los capítulos a desarrollar:

*Capítulo I: Construyendo y conociendo la realidad histórica del Hospital Subzonal “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson.* En este apartado se expondrá una breve reseña de Rawson, Capital de la Provincia de Chubut, y de la Historia del Hospital Subzonal “Santa Teresita” y del Servicio de Rehabilitación del mismo Hospital.

*Capítulo II: Construyendo la situación e interpretando los datos recolectados.* Se intentará conocer la dinámica institucional del Servicio de Rehabilitación y cómo intervienen en la problemática de la discapacidad. A partir aquí, se buscará describir cómo se entrelazan con la institución, personal, PCD y familias.

*Capítulo III: Análisis e interpretación de datos recolectados de las PCD que intervienen en el Servicio de Rehabilitación.* Se identificará a través de las diferentes técnicas que se utilizaron para esta investigación. De acuerdo a las diferentes experiencias recogidas; se logrará reconocer los diversos momentos del Servicio de Rehabilitación.

*Capítulo IV: La intervención profesional del Trabajo Social*

*4.1 Comprender la intervención profesional, desde el rol de los Trabajadores Sociales en el Servicio de Rehabilitación dependiente del hospital Subzonal “Santa Teresita” en Rawson Chubut (2017-2020)*

*4.2 Hacia una posible estrategia de intervención*

*4.3 Propuestas de intervención, visualizando los talleres y el Servicio de Rehabilitación y las PCD*

*Conclusiones*

*Bibliografía*

## **Capítulo 1: Construyendo y conociendo la realidad histórica del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de la ciudad de Rawson.**

### ***1.1 Rawson, Capital de la Provincia de Chubut.***

En este capítulo se pretende resaltar como se fue fundando la ciudad de Rawson, capital de la Provincia de Chubut; es por ello que se inicia con un breve recorrido histórico. Para obtener la información, se recurrió a la Dirección de Cultura del Municipio de Rawson, a cargo de P.D., quién brindó dichos datos. Además, se indagó en bibliografía pertinente de diferentes autores.

#### **Rawson: Vida estatal.**

Las tierras de la Provincia pertenecían íntegramente al Territorio de la Patagonia hasta el 16 de octubre de 1884, fecha en la que se fijaron los límites del Territorio del Chubut, según la Ley N°1.532. Desde entonces, la provincia cuenta con una extensión aproximada de 223.223 km<sup>2</sup>, según lo establecido en el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional.

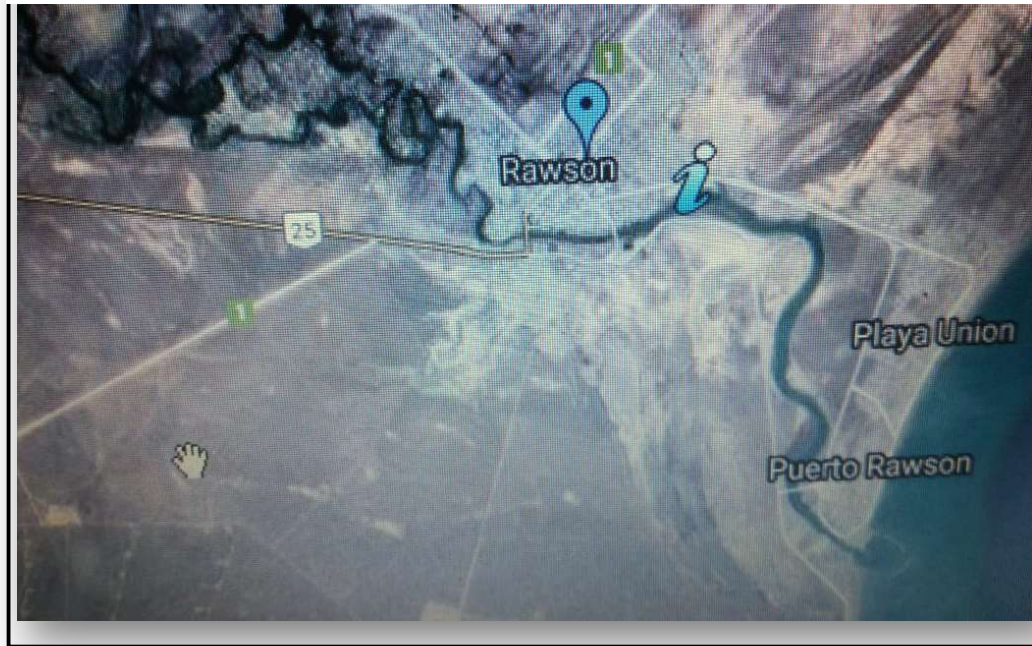
El 19 de mayo de 1904 se dividió el territorio, a los fines administrativos, en cuatro departamentos: Rawson, Gaiman, 16 de octubre y Sarmiento. Fue Rawson, desde su fundación, la Capital de la provincia de Chubut, por ser la única localidad con acta de fundación oficialmente registrada. Por decreto presidencial del 14 de mayo de 1900, se la declaró capital definitiva del Territorio Nacional del Chubut. Finalmente, el 21 de noviembre de 1957, la Convención Constituyente, tras un largo debate y posterior votación, ratifica a la localidad como Capital de la Provincia de Chubut.

Érica Silvina Wiese Hurtado explica en su investigación que el 15 de septiembre de 1865 la ciudad de Rawson fue fundada por colonos galeses, y como se referenció en el párrafo anterior, se ratificó como Capital de la Provincia en 1957. Esto le otorgó estatus de provincia, dando lugar a un crecimiento paulatino, siendo la actividad agropecuaria la más importante para sus habitantes. Es por ello que fue necesario crear infraestructura acorde a la actividad.

Surgió luego el Puerto de Rawson como principal actividad pesquera y por ende Playa Unión se transformó en uno de los principales balnearios. Esta investigadora permite notar que la ciudad posee una organización “urbana atípica, dado que incluye cuatro núcleos urbanos dispersos: Rawson, Puerto Rawson, Playa Unión y Playa Magagna (Weise Hurtado, 2015:162-163).

*Figura 1*

*Mapa de la Ciudad de Rawson, Puerto Rawson y Playa Unión*



Fuente:

<https://www.google.com/maps/d/viewer?source=embed&hl=es&geocode&ie=UTF8&near=Puerto%20Pir%C3%A1mides%20-&split=1&t=h&msa=0&ll=-43.29586425256022%2C-65.12945691194801&spn=0.029985%2C0.054932&z=12&mid=1Lrwf3zOYpNLriVy3TDA464pc5o>

Continuando con el breve recorrido histórico del nacimiento de la ciudad de Rawson, se retoma la información brindada por la directora Municipal de Rawson, la Sra. P.L. quien entregó trípticos alusivos a la historia fundacional de la localidad. Los mismos permiten ubicar en el tiempo y el espacio histórico los diferentes acontecimientos que se fueron produciendo.

En 1913 y 1917 fue construida la primera etapa del edificio de la sede gubernamental, frente sobre la Avda. Fontana, por el Gobernador, por el Dr. Antonio Lamarque, el resto del solar, comprendido entre las calles Belgrano y Vacchina, fue ocupado por sucesivas dependencias, reformas y ampliaciones hasta cerrar el perímetro.

El Ferrocarril: en 1923 se inauguró en Rawson la conexión con el ferrocarril Central del Chubut, línea de trocha angosta cuyo primer tendido conectaba punta de rieles (actual ciudad de Trelew) con Puerto Madryn.

El 17 de noviembre de 1923 se colocó la piedra fundamental del balneario de Playa Unión. La celebración se denominó “La fiesta del riel en Playa Unión” por ser el día en que llegó el ferrocarril.

Hasta el año 1961, cuando dejó de funcionar, el ferrocarril fue un importante medio de transporte para unir los pueblos de la comarca.

Se reseña históricamente, según la información obtenida de la directora de Cultura, y según lo publicado en la página web “Actividades en cultura Patagonia”, que el pueblo Tehuelche fue el primer asentamiento poblacional del sur que entró en contacto con los europeos. Durante los siglos XVII y XVIII se produjo la penetración mapuche al este de los Andes, que conllevó una gran influencia cultural sobre los tehuelches y otros pueblos. Posteriormente, la mal llamada “Conquista del Desierto”, campaña militar llevada a cabo entre 1878 y 1885 por el gobierno argentino contra las etnias mapuche y tehuelche, condujo a la desaparición, casi por completo, de estos pueblos originarios.

Ilustración 1: Lewis Jones junto Tehuelches- Mapuches



Fuente: <https://www.jotdown.es/2020/03/amarrando-palabras-bajo-un-vendaval/>

Ilustración 2: Día Internacional de los Pueblos Originarios



*Fuente: <https://radiochubut.com/se-conmemora-hoy-en-rawson-el-dia-internacional-de-los-pueblos-indigenas/>*

Siguiendo con el recorrido histórico:

En 1863, en representación de la comisión colonizadora galesa, Love Jones Parry y Lewis Jones firmaron un acuerdo con el gobierno argentino – representado por el Dr. Guillermo Rawson – para que un grupo de galeses, atraído por una conjugación de factores económicos, religiosos, ideológicos y políticos, colonice tierras del sur argentino, en virtud de la cual se conceden 25 cuadras de terreno por cada familia.

El 28 de Julio de 1865, desembarcó en el Golfo Nuevo (Puerto Madryn) el contingente de colonos galeses a bordo del velero “Mimosa”.

Instalados los galeses en el fuerte abandonado por Henry Libanus Jones, el 15 de septiembre de 1865, y arribado el teniente coronel Julián Murga, enviado del Gobierno Nacional, se procedió a la fundación. Originalmente recibió el nombre de Tre Rawson (pueblo de Rawson), a pedido de los colonos, en homenaje al ministro del Interior Guillermo Rawson. Junto a Julián Murga viajó el agrimensor Julio Díaz, para efectuar el trazado definitivo del pueblo, y la demarcación de las tierras que el gobierno cedía a la

colonia galesa. Durante los primeros diez años, la colonia gozó de autonomía administrativa.

Por decreto nacional 1878, se estableció la Instalación de la primera escuela oficial mixta en Rawson, la Escuela Nacional N°1. En la actualidad es la Escuela Provincial N°4.

*Ilustración 3: Escuela Provincial N° 4- ex Nacional N°1*



Fuente: <https://www.elchubut.com.ar/>

En 1881 Richard Jones Berwin donó un terreno para edificar una capilla, por lo cual se la conoce como Capilla Berwin, constituyéndose en una de las capillas más antiguas del Valle del Río Chubut. Se encuentra ubicada en calle Alejandro Maíz cercana al Barrio San Pablo.

*Ilustración 4: Capilla Galesa Berwin*



Fuente: <http://rawsonysustextos.blogspot.com/2015/07/1-capilla-berwyn-de-rawson.html>

En el año 1890 se construyó el primer puente de madera sobre el río Chubut, (que fue reemplazado en 1917 por el actual puente de hierro) denominado “Puente del Poeta” por Ordenanza Municipal N°5106/01 en homenaje al poeta, carpintero y primer archidruida del Territorio Nacional, Griffith Griffiths.

*Ilustración 5: Puente Del Poeta Rawson*



Fuente: <https://www.elchubut.com.ar/nota/2018-2-12-22-57-0-hace-100-anos-terminaba-la-construccion-de-un-simbolo-de-rawson-el-puente-metalico>

En 1899, las lluvias de gran magnitud sumadas a los deshielos extraordinarios en la cordillera causaron el desborde del Río Chubut, arrasando Dolavon, Gaiman y Rawson. La capital territorial se traslada por un tiempo a Trelew.

En la actualidad, la ciudad cuenta con un nuevo puente, denominado Néstor Kirchner en homenaje al ex presidente Néstor Kirchner. El mismo conecta a la ciudad con el resto de los lugares que forman parte del ejido de Rawson (Playa Unión y Playa Magagna, entre otras). Cabe destacar que el balneario Playa Unión es el atractivo veraniego para la población del valle inferior y del Puerto pesquero, localizado en la desembocadura del río Chubut, a 7 km de la ciudad.

El movimiento de la ciudad se basa en la actividad pesquera. En el puerto opera la flota Amarilla, de barcos fresqueros que pescan mayormente merluzas y langostinos. La población es en la actualidad de 20.000 habitantes aproximadamente.

Rawson se levantó en la margen norte del río Chubut, próxima a su desembocadura, en el lugar denominado Fuerte Viejo. Se encuentra ubicada al noreste de la provincia de Chubut, a orillas del océano atlántico. La localidad capitalina cuenta con hermosas playas, donde se pueden practicar numerosos deportes. Esta ciudad conecta permanentemente al visitante con la naturaleza.

La ciudad de Rawson, Capital de la Provincia de Chubut, se encuentra a 1470 km de Buenos Aires y a 17 km de la ciudad de Trelew. Fue el primer asentamiento de los inmigrantes galeses en la Patagonia, a fines del siglo XIX y tiene como característica la prolijidad de sus bulevares. El departamento Rawson tiene una extensión de 3122 Km cuadrados.

En la actualidad Rawson continúa siendo la Capital de la Provincia de Chubut, y es la sede principal de la Administración Pública Provincial. Cuenta con los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Seguridad, Poder Legislativo, Poder Judicial Juzgado Federal, Juzgado en lo Comercial y Civil, Juzgado Laboral Ministerio Público Fiscal, Defensoría Pública, Asesoría de Familia, Juzgado de Familia, Servicio de Protección y Derechos, Asistencia a la Víctima, Comisaría, Centro Integral de la Mujer y el Servicio Penitenciario Federal, entre otras reparticiones oficiales y municipales.

La principal actividad primaria es la pesca, realizada desde el puerto de Rawson. La flota amarilla cuenta con una cantidad aproximada de 60 barcos registrados. Otras actividades primarias son el cultivo de cerezas dentro del ejido municipal y cupos de exportación al exterior, y las canteras de áridos (arena y canto rodado) que son utilizados para la industria de la construcción zonal.

La actividad industrial reside en el procesamiento del producto de la pesca, con varias plantas de fileteado y empaque de pescado y langostino. En un rango menor, existe industria metalmecánica ligera y de construcción. También cuenta desde 2011 con el parque eólico Rawson, el más grande de Argentina y el de mayor producción de Sudamérica.

## **1.2 Historia del Hospital Sub Zonal “Santa Teresita” de Rawson Chubut**

Un poco de historia:

Las prestaciones de salud habían sido preocupación en Rawson desde su fundación, y a principios del siglo XX, comenzaron a llegar las primeras respuestas. En especial desde la llegada de los primeros misioneros salesianos, que motorizaron durante varias décadas el funcionamiento del primer hospital de Rawson denominado “Buen Pastor”. A cargo de la misión salesiana, el establecimiento estuvo en funcionamiento desde 1904 hasta 1941. El 26 de agosto de 1945 se inauguró el Hospital “Santa Teresita”, actual nosocomio capitalino, siendo su primer director el Dr. Fernando Ernesto Rossi.

El Dr. Rossi, delegado del Departamento Nacional de Higiene, brindó a las autoridades nacionales el panorama concreto de las necesidades regionales, contribuyendo así al equipamiento médico quirúrgico del establecimiento. La obra fue recibida e inaugurada por el Dr. Rodolfo S. Rey Sumay, quien fuera secretario general de la Dirección Nacional de Salud Pública; en representación del Estado Nacional.

El acto se consumó a las 15 horas del día 26 de agosto del año 1945. Asistieron alrededor de 1.300 personas, número que, por sí solo, revela las expectativas de aquella comunidad por la habilitación del Hospital, el más importante en su género de todo el territorio del Chubut. Una institución surgida por el empuje y trabajo de los mismos habitantes capitalino, una referencia obligada de la salud Pública Provincial.

El establecimiento se convirtió en un aporte fundamental para el mejoramiento de la atención médica en todo el Territorio Nacional del Chubut. Se trató de la construcción más importante y con el equipamiento más moderno existente en esa época, según quedó destacado en el acto inaugural, que contó con la presencia de autoridades nacionales de aquellos años.

La tesista formó parte hace algunos años del grupo de trabajo “Damas Rosadas”. En ese momento, el espacio físico asignado para este grupo de colaboradoras era un vagón del ferrocarril ubicado en el patio interior del hospital “Santa Teresita”.

El establecimiento sanitario cuenta también desde varios años con el invaluable acompañamiento de la Asociación cooperadora, que ha permanecido en el sostén de su actividad con el gran compromiso de sus integrantes, hasta convertirse en una de las más reconocidas instituciones de la ciudad.

Ilustración 6

*Hospital “Santa Teresita”*



Fuente: <http://tropicalrawson.com/2019/08/28/hospital-santa-teresita-continua-esta-semana-la-campana-socios/>

Fotografía 1 - Mini hospital de Playa Unión



Fuente: Elaboración propia

### **1.3 Conociendo y describiendo el Servicio de Rehabilitación Hospital “Santa Teresita” de Rawson**

Mediante el Decreto N°1139/88 se modificó el Organigrama hospitalario, creándose la División de Rehabilitación, dependiente de la Dirección del Hospital Sub zonal de Rawson, del Sistema Provincial de Salud. Mediante la Resolución N°1198/88 fue designada como jefa de la División de Rehabilitación la agente Terapeuta Ocupacional Susana Sabino de Solís. De este modo, el Servicio de Rehabilitación del hospital “Santa Teresita” fue inaugurado el 24 de noviembre del año 1989.

El Servicio surgió por la demanda de muchas familias que tenían hijos pequeños con diversas problemáticas en discapacidad. En su mayoría, población de bajos recursos económicos, los cuales, por sus propios medios, se trasladaban a la ciudad de Trelew, para concurrir al Servicio de Rehabilitación “Pichi Anai”.

Así relata una madre entrevistada, que aporta información sobre su problemática vivida.

“Muchas veces no teníamos ni un centavo para viajar. Me acercaba al hospital, el mismo nos brindaba un chofer y un Fiat

147 llamado APRISA (Atención Primaria de Salud); que nos llevaba al Pichi Anai, y nos regresaba”. (V, entrevista personal, 19 de octubre 2019).

Estas barreras que debían atravesar las familias junto a sus pequeños fueron el impulso para el armado del proyecto de creación del Servicio, que este año cumple su 31° Aniversario. Dicho proyecto fue presentado por el entonces Diputado Provincial A.G. Según la informante clave, recibieron el acompañamiento del Diputado Nacional C.M., quien donó el primer vehículo propio: una tráfico exclusiva para el Servicio de Rehabilitación.

En el momento de la creación del Servicio no se contaba con Trabajadores Sociales, aunque sí había una auxiliar en Servicio Social. Tal tarea era ejercida por la agente G.C., en la actualidad ya jubilada.

El Servicio de Rehabilitación contó, en sus primeros años, con una comisión de padres. Las señoras Mirta Sena, Victoria Mesa, Ana Cabrera y Miriam Callejas eran algunas de sus integrantes. También formaba parte de esta comisión una representante del Servicio, la señora Guillermina Ceballos.

### **1.3.1 Estructura organizacional del Servicio de Rehabilitación Hospital “Santa Teresita” de Rawson**

Director del Hospital: Dr. Cristian Setevich

Jefe de departamento Médico: Dr. German Lalomia

Jefe División de Rehabilitación: Lic. Daniel Ruiz

#### **CONFORMACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**

Niños y Adultes

- Médico especialista en rehabilitación
- Kinesiología
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiología
- Psicología

- Psicopedagogía
- Lic. En Trabajador Social
- Enfermería
- Secretaría: mesa de entrada
- Personal administrativo
- Personal de limpieza.

Los Servicios de Rehabilitación hospitalarios del Sistema Provincial de Salud en la Provincia de Chubut son equipos interdisciplinarios para la atención de personas de todas las edades, desde bebés recién nacidos, niños, jóvenes, mayores y adultos. Están conformado por: médicos especialistas en rehabilitación, fisiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos, Trabajadores Sociales, músico-terapeutas, enfermeras, agentes sanitarios, auxiliares de apoyo, y los sectores de secretaría, mesa de entrada, administración, limpieza, chofer, etc.

El Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” de Rawson recibe a PCD en los tres niveles de atención: prevención, asistencia y rehabilitación. Se realizan evaluaciones y se extiende el certificado de discapacidad si es pertinente; se ofrece tratamiento integral tanto a los niños que presentan diversas dificultades en el desarrollo, como a los adultos que presentan alteraciones en su capacidad funcional que los limita en el normal desempeño de sus actividades cotidianas. Asimismo, ofrece la asistencia de problemáticas neurológicas, genéticas, psicológicas, sensoriales, psiquiátricas, respiratorias, traumatológicas, ortopédicas, entre otras, atendiendo PCD en forma ambulatoria o internación.

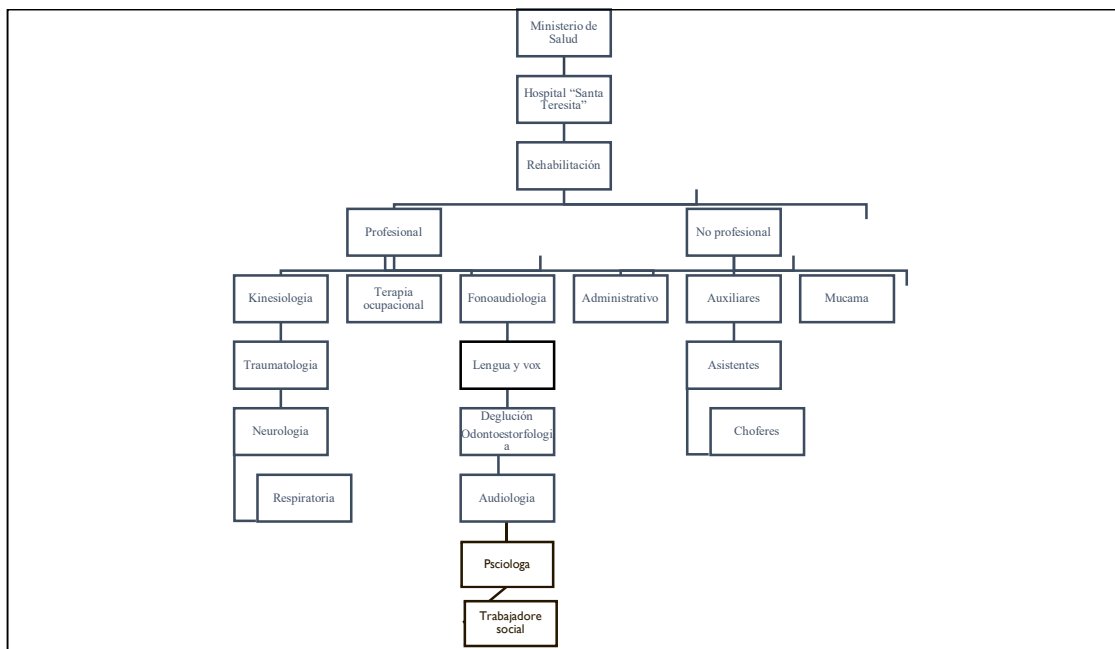
Fotografía 2 - Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal "Santa



Fuente: Elaboración Propia

**Actual organigrama de la Institución:**

Figura 2: Organigrama de la Institución Servicio de Rehabilitación



Fuente: Elaboración Propia

Se puede observar que el Servicio de Rehabilitación depende del director del hospital “Santa Teresita”, y a su vez esta institución depende del Ministerio provincial de Salud. Cabe aclarar que el Servicio de Rehabilitación tiene un jefe de División (expuesto en el ítem anterior). Asimismo, se puede visualizar que esta institución cuenta con un equipo de profesionales que atienden a las PCD, sin embargo, debido al aumento de la población de PCD, el equipo de profesionales no puede dar respuestas a las demandas sobre todo en áreas críticas como profesionales con especialidad en kinesiología neurológica en adultos, psicopedagogía, fonoaudiología.

Retomando lo expuesto anteriormente con respecto al concepto institución<sup>1</sup> y cómo está estructurada, de acuerdo a lo escrito por M. Foucault, existe una matriz común. Esta institución está siendo monitoreada o vigilada por el hospital Sub zonal “Santa Teresita”. Es una organización con una estructura jerárquica que impone las políticas públicas que se llevarán a cabo en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”.

---

<sup>1</sup> Apartado marco teórico. Institución Pág. 54

## Capítulo II: Reconociendo la situación e interpretando los datos recolectados

### 2.1 Breve relato de un integrante fundacional del Servicio de Rehabilitación de Rawson

Es apropiado iniciar este apartado con el relato de G.C.. Actualmente jubilada, supo ser auxiliar en el Servicio y en simultáneo, una de las integrantes de la Comisión de padres, y fue quien impulsó esta idea, esta necesidad no cubierta de un lugar para los niños con discapacidad en Rawson. A partir de su trabajo dentro del hospital gestionando el acompañamiento para los traslados de los PCD, notó que la oficina de rehabilitación sólo realizaba estas gestiones de traslado. A continuación, se expondrá el relato:

“Ingresé como auxiliar en Servicio Social en septiembre de 1962, en el hospital zonal de Trelew, desarrollé mi actividad durante un año. Pasé a cumplir funciones de auxiliar en Servicio Social al Hospital “Santa Teresita” de Rawson, como personal de planta permanente, siendo director en ese año el Dr. Pedro Zabala.

Con el paso del tiempo, y el cambio de autoridades y jerarquía del Servicio Social, ingresaron a nuestro Servicio le Asistente Social Silvia Elías, y posteriormente le Lic. Elvira Oliva, con el concepto de que sólo en Servicio Social deberán trabajar los asistentes sociales con título universitario. Esto motivó que todos los auxiliares de Servicio Social -en ese entonces, unos seis- ya no formamos parte de dicho Servicio. Nos reubicaron: mi hijo y yo nos fuimos al recién inaugurado Servicio de Rehabilitación. Mi hijo cumpliendo funciones administrativas y yo trabajando en terreno como referente del Servicio, y como integrante de la comisión de padres que se formó.

Se formó una comisión de padres porque se necesitaba armar y equipar el Servicio, ya que no contaba con todos los equipamientos que debe tener un Servicio de Rehabilitación. La Jefa de Servicio fue la terapeuta ocupacional Susana Solís, yo fui elegida por la comisión de padres, en representación del Servicio como presidenta de dicha comisión. Nuestra tarea consistía en hacer reuniones de equipos, dialogar y analizar casos de familia, teníamos un personal en la figura de agente sanitario, quien nos

informaba sobre las ausencias de los pacientes”. (G.C., entrevista personal 21 de noviembre 2017).

A partir de este relato, se puede considerar la forma en la que, a través de la motivación ante una necesidad social y la capacidad organizativa, un grupo de madres y padres logró fortalecer la idea de poseer un centro de rehabilitación propio. Resulta menester exponer el relato de una madre, quien manifiesta lo que significó el cambio.

“La ciudad de Rawson no contaba en ese momento con un Servicio de Rehabilitación, motivo por el cual me derivaron al Servicio de Rehabilitación Pichi Anai en la ciudad de Trelew. Por derivación del Dr. Gómez, neurólogo de Trelew, porque mi niño fue diagnosticado con de parálisis cerebral. Estoy hablando del año 1985. Esa era la razón por la que yo, como otros grupos de padres, debíamos trasladarnos a la ciudad de Trelew, más precisamente al Pichi Anai.

Al no tener obra social, dependíamos de nuestros propios sustentos económicos. Cuando no teníamos dinero recurriamos al Hospital “Santa Teresita”, el cual, mediante encuesta social, nos daban pasajes para viajar en colectivo. Y más adelante el mismo hospital nos puso un Fiat 147 de APRISA, el cual nos llevaba y nos traía del Pichi Anai.

Desde 1989, fecha en que se inauguró el Servicio de Rehabilitación en el Hospital “Santa Teresita” de Rawson, fue una alegría inmensa para todas las familias que viajábamos a la ciudad de Trelew, imagínate vos, en mi caso mi hijo con parálisis cerebral, otra madre con su hija ciega, otra con su hijo con discapacidad... la verdad, no sé cómo entrábamos en un Fiat 147” (V, entrevista personal, 19 de octubre del 2019).

Desde ya, ambos relatos manifiestan el empuje y la motivación de las vivencias compartidas. Además, permiten visualizar el concepto de familia<sup>2</sup>, demostrando que esta

---

<sup>2</sup> Apartado Marco Teórico. Familia Pág. 40

institución espontánea, que se reproduce y consolida como grupo, buscará y utilizará diferentes estrategias para satisfacer las necesidades de todos sus integrantes.

A partir de este vínculo y ante una necesidad concreta, los integrantes se convierten en partícipes activos de la creación de una institución, en este caso el Servicio de Rehabilitación de Rawson. El mismo nació por iniciativa de estos padres, y continúa evolucionando a través de su Cooperadora, que aún a la fecha genera cambios en continua búsqueda del bienestar común. Es por ello que se le realizó una entrevista en profundidad<sup>3</sup> al presidente de la Asociación Cooperadora Hospital Sub zonal “Santa Teresita”.

“La Comisión de la Cooperadora cuenta en la actualidad con un grupo de Personas, de las cuales hay más mujeres que hombres; algunos han sido pacientes del Servicio de Rehabilitación, otros han sido personal, hoy ya jubilados. Todos vecinos de Rawson, que quieren mucho al Hospital. Empezamos nuestra actividad, recorriendo Servicio por Servicio, fuimos bien recibidos, y recepcionamos las necesidades.

En relación a las necesidades del Servicio de Rehabilitación. Según reunión mantenida con el Jefe de Servicio, el mismo nos comenta la necesidad de contar con una nueva unidad de vehículo con rampas, destinado al uso exclusivo de los pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación. Ya que la tráfíc con la que cuenta hoy, fue destinada de uso hospitalario, y no reúne las condiciones para el traslado de pacientes con discapacidad, como prioridad debe tener rampa manual o electrónica con elevador para sillas de ruedas. Claro está que, para adquirir una nueva unidad vehicular, se debe realizar un proyecto, elevarlo a la agencia nacional de discapacidad y con suerte que sea aprobado, toda una burocracia de las instituciones.

También nos solicitan computadoras, ya que hay cinco secretarias y una sola computadora. No es fácil dar solución a todo, las profesionales también necesitan materiales de uso según su

---

<sup>3</sup> Según apartado Metodología, pág. 12

profesión, pero todo se hace por pedido escrito, y depende de si hay o no fondos a nivel administrativo, son autorizadas o no las compras. Para todo lo que se necesite hay que presentar proyecto, o nota. Y reiterar notas”. (N.G. entrevista realizada, 16 de diciembre del 2019)

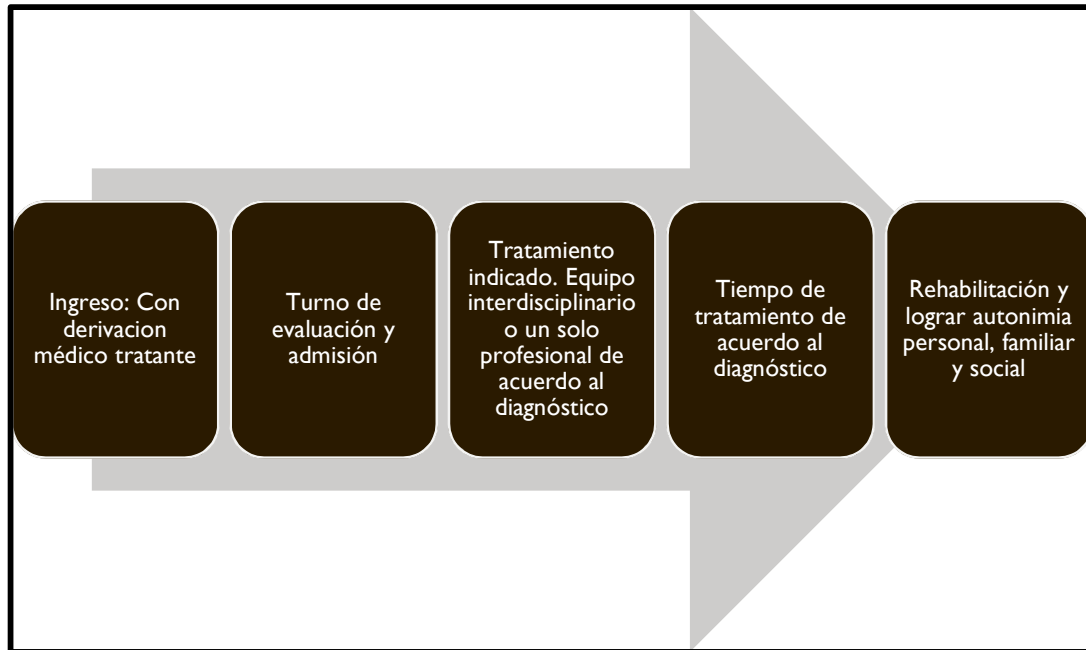
*Fotografía 3 - Poniendo vida al lugar*



Fuente: Elaboración Propia

### 2.1.1 Estructura del programa de rehabilitación

Figura 3: Estructura del Servicio de Rehabilitación



Fuente: Elaboración Propia

Para lograr diagramar una figura que indique cuál es la estructura del Servicio de Rehabilitación del hospital Sub zonal “Santa Teresita”, se recurrió a las entrevistas realizadas tanto al personal jerárquico, como de la Mesa de entrada de dicha institución.

En la entrevista en profundidad<sup>4</sup> realizada a la señora J.N.O., actual secretaria de Mesa de entrada del Servicio, ella expone que el ingreso se da mediante derivación del médico tratante. Este profesional indica si la consulta es para un solo profesional o si a PCD deberá ser atendido por el equipo interdisciplinario. A partir de ahí, se evalúa el ingreso y el tiempo de tratamiento, que dependerá del diagnóstico. Cada intervención se carga en el sistema en su historia clínica – si tiene se actualizará; de lo contrario se le generará la apertura –.

En la entrevista con el jefe del Servicio, Lic. D.R. (especialista en Deglución y Odonto-estomatología), expone que el Servicio cuenta con una Terapista ocupacional, dado que desde el Servicio de Rehabilitación se busca que las PCD logren la mayor

<sup>4</sup> Según apartado de Metodología pág. 12

autonomía posible, de acuerdo con su realidad física, social, económica, etc. Además, Ruiz agrega que se pueden presentar distintas maneras por las cuales se le da ingreso a una PCD al Servicio de Rehabilitación:

“Por lo general, si se trata de tratamiento en kinesiología, ingresa la PCD con pedido del médico de cabecera, quien indica los días de sesiones que debe recibir la persona. En secretaría le toman el turno y según sea su diagnóstico, recibe el turno con prioridad, por ejemplo, los posts quirúrgicos. También se tiene en cuenta si tiene o no obra social, ya que tienen prioridad las personas sin obra social. Otra forma de ingreso es por derivación médica con diagnóstico específico: casos que detectan al nacimiento de un bebé, prematuro, ya con una patología ejemplo síndrome de Down, en esos, les pediatras nos avisan enseguida y nosotros comenzamos a intervenir desde el nacimiento.

Son minoría los que ingresan con un diagnóstico. De no ser así, otra manera de ingresar es por una derivación médica, donde solicitan la intervención del equipo interdisciplinario. En estos casos se le otorga un turno de admisión, las secretarías llenan un formulario de admisión, con turno y horario para que asistan los padres con el niño, joven, adultos, para su ingreso al Servicio y recibir su tratamiento”. (Daniel, entrevista realizada, el 21 de noviembre 2017)

### **2.1.2 Conociendo el circuito interno del Servicio de Rehabilitación**

*Ingreso de las PCD al Servicio de Rehabilitación:*

Este puede ser por consultorio externo (profesional de hospital o privado) o internación. Una vez ingresado se solicita:

- Historia clínica
- Datos de filiación

*Turno por especialidades:*

En diálogo con el jefe del Servicio de Rehabilitación, se expresó sobre los profesionales que forman parte:

“El Licenciado Daniel Ruiz, en Deglución y Odontología, y a la vez a cargo de la jefatura; la Lic. Claudia

Ruckert en el área de Lenguaje y Voz; la Lic. Andrea De Felice en Audiometría. En kinesiología contamos con licenciados en atención de traumatología, neurología, y respiratoria, en total son ocho profesionales. Contamos con una sola terapeuta ocupacional, y una sola psicóloga”. (Ruiz, entrevista realizada, el 21 de noviembre del 2017)

Según lo informado en esa entrevista se pudo armar el siguiente listado de profesionales que intervienen:

- Médico, inicia la derivación e indica si es admisión de adultos o admisión pediátrica.
- KNT (Kinesiología)
- TO (Terapeuta ocupacional)
- Psicología
- Trabajadores Sociales, (no hay un profesional exclusivo para formar parte del equipo interdisciplinario en rehabilitación.) Existe un profesional en Trabajo Social para todos los Servicios del Hospital Subzonal “Santa Teresita” de Rawson”
- Fonoaudiología

Uno de los puntos a destacar en la organización del sistema es que se trata de ser lo más rápido en la atención, si hay prioridad por el diagnóstico, se atiende como urgencia. Se evalúa la urgencia de acuerdo a la lesión y tratamiento.

*Como equipo interdisciplinario evaluación y tratamiento:*

- Como equipo se reúnen un día a la semana, debe participar un representante de cada área de los profesionales del equipo de rehabilitación.
- Debe participar el médico que realizó la derivación.

*Conclusión de tratamiento*

Para dar por concluido el tratamiento, se reúnen con las personas y su familia y siguen los siguientes pasos:

- Observación de fotos y videos pre y post tratamiento, informes
- Devolución de los logros y mejorías funcionales
- Se le otorgará el alta a la PCD o se prologará el tratamiento alternativo.

Se puede visualizar en este apartado que existe un circuito estructurado que expone de qué forma debe funcionar, de qué manera se debe dar el acompañamiento a las PCD y a sus familiares.

La figura de la familia dentro de este circuito refuerza el hecho de que, tanto la PCD como familiares, son partícipes activos en el proceso y evolución del tratamiento. A partir de las diversas entrevistas fue posible interpretar como se configuró el circuito del Servicio de Rehabilitación y lo que representa en las PCD y sus familias.

### **2.1.3 Internalizando el concepto Covid-19, para entender de qué manera modificó el circuito de atención de las PCD y el personal del Servicio de Rehabilitación**

En este apartado intentaremos, en primer lugar, definir la premisa *qué es Covid-19*. Para ello utilizamos información de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), indagando además de qué manera esta información es recabada por cada País miembro y de qué modo Argentina – a través del Ministerio de Salud de la Nación – comparte información a las provincias, y por ende al Ministerio Provincial de Chubut.

¿Qué es un coronavirus?

“Son una extensa familia de virus que pueden causar las enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde un resfriado común hasta enfermedades más graves como Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad de coronavirus COVID-19”.

¿Qué es COVID-19?

“Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto es nuevo virus como la enfermedad provoca eran desconocidos antes de que estallara en Wuhan (China) en diciembre 2019. Actualmente la COVID – 19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.

¿Cómo se propaga COVID – 19?

Una persona puede contraer la COVID – 19 por contacto con otra persona infectada por el virus. La enfermedad se propaga

principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedida de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar. Estas gotículas son relativamente pesadas, no llegan muy lejos y caen rápidamente al suelo. Una persona puede contraer la COVID – 19 si inhala las gotículas proceden de una persona infectadas por el virus. Por eso es importante mantenerse al menos a un metro de distancia de los demás. Estas gotículas pueden caer sobre los objetos y superficies que rodean la persona, como mesas, pomos y barandillas, de modo que otras personas pueden infectarse si tocan esos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. Por ello es impórtate lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol”.

Ser Trabajador Sanitario

El contacto cercano con personas con infección probablemente o confirmada por el virus de la COVID – 19 y su entorno es la principal vía de transmisión, lo que significa que los trabajadores sanitarios son los más expuesto. (OMS. 2019: 1)

En Argentina, el presidente Dr. Alberto Fernández, tomó distintas medidas para intentar evitar o controlar la propagación del virus. Se recurrió a la página oficial del gobierno nacional para enumerar las distintas resoluciones:

- Restricción del ingreso de extranjeros que provengan de zonas afectadas. (Res. 1644/2020)
- Readecuación del calendario académico en todas las instituciones universitarias y de educación superior en todo el país. (Res. 104/2020)
- Prevención de Transporte Público. (Res. 60/2020)
- Medidas de prevención Adoptada por la Corte Suprema. (Res. 514/2020)
- Suspensión de Clases. (Res. 108/2020)
- Licencia preventiva para la comunidad educativa. (Res. 105/2020)
- Teletrabajo y ART. (Res. 21/2020)

- Protocolo Regulatorio de Atención al Público en el Ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales y la Comisión Médica Central. (Res. 1703/2020)
- Medida Preventivas del Ministerio de Salud. (Res. 627/2020), en este decreto se especifica que es la autoridad de aplicación de Decreto 260/2020.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut es la institución que debe brindar información y capacitación a todo el personal de salud de la provincia. De esta manera hace efectivo el Decreto Nacional N° 260/2020 del 12 de marzo del corriente año, que “Establece el aislamiento social obligatorio”. Asimismo, efectúa el Decreto Nacional 367/2020, que expone específicamente del “Covid-19” de 13 de abril del corriente año. Es por ello que desde el Servicio de Rehabilitación surgieron nuevas formas de comunicación e intervención, con las PCD y familiares.

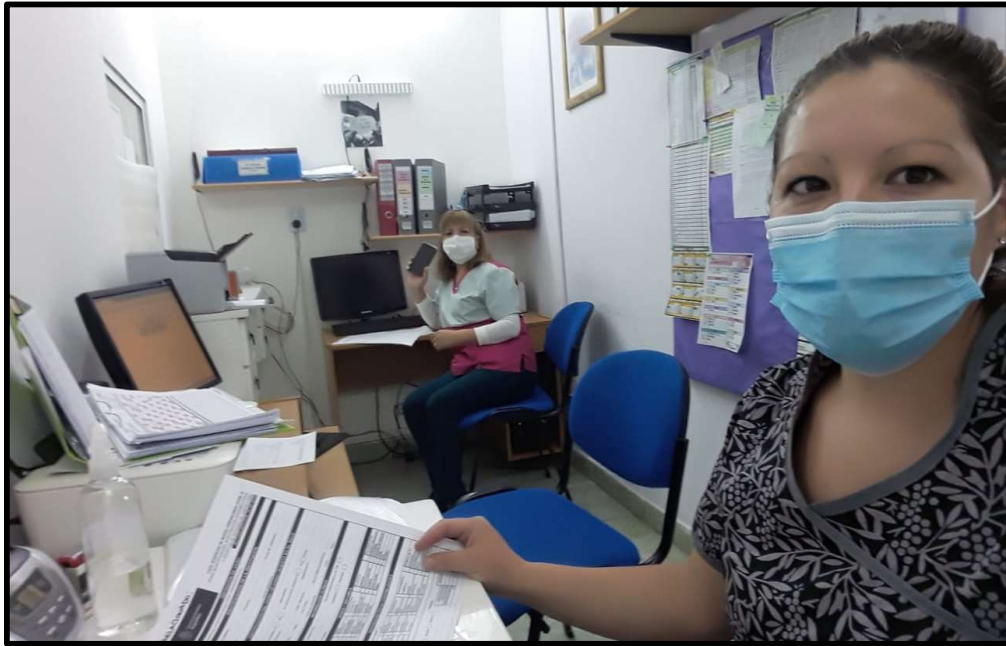
#### **2.1.4 De qué manera se trabaja internamente con les PCD a partir de esta nueva realidad mundial de COVID-19 en el Servicio de Rehabilitación.**

Según lo expuesto por la Coordinadora en representación de les profesionales Kinesiólogos, les mismos:

“Quedaron afectados directamente al área de internación y a la UTI (Unidad de terapia intensiva) en dos turnos (2 de mañana y 2 de tarde), mediante guardias programadas de lunes a domingo. Aclara que esto surge por memorando cursado desde la dirección del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”. El resto de los profesionales (Fonoaudiólogos psicólogo, terapeuta ocupacional) debieron realizar la atención a través de video-llamadas, y en el caso de evaluación, se le asignó un consultorio móvil al costado del hospital. En relación al personal administrativo que se desempeña en la secretaría, dos fueron afectadas al seguimiento por vía telefónica de casos positivos y contactos estrecho de las personas con COVID -19, otras dos fueron afectadas al Servicio de laboratorio para la carga de estadísticas, la cual debe ser informada a epidemiología del Ministerio de Salud, y una sola persona quedó para atención de PCD en el Servicio de Rehabilitación, y para las personas que necesiten información.

Además, se realizaron capacitaciones a todo el personal, sobre RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar) y capacitaciones sobre protocolo; las mismas se realizan en forma virtual, la certificación la extiende la OMS.” (M, entrevista realizada del 28 de octubre del 2020)

*Fotografía 4 - Manteniendo distancia*



*Fuente: Elaboración propia*

*Fotografía 5 - No más de tres*



*Fuente: Elaboración propia*

“El primer día, el 17 de marzo 2020, el Jefe de Servicio, Lic. D. R., nos convocó a todos los kinesiólogos a una reunión, se nos informó lo que estaba pasando con la pandemia Covid-19, y donde por la especialidad que tenemos, teníamos que capacitarnos y armar un cronograma de guardias para la atención en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), atención en internación, y casos respiratorios; además nos informó que como la especialista es la Licenciada M.R., la misma sería la coordinadora de llevar adelante las capacitaciones, brindar los protocolos en relación al cuidado de protección personal de cada profesional que quedaban afectado a las áreas críticas de Covid-19, UTI internación.”(S, entrevista realizada el 29 de octubre del 2020)

*Fotografía 6 - Nos preparamos para la batalla*



Fuente: Elaboración propia

“Asimismo, deseo destacar que todos los agentes del Ministerio hemos recibido instrucciones de la Dirección de Patologías

Prevalentes y de Epidemiología del Ministerio de Salud, de cómo debemos protegernos de la pandemia Covid-19. En el caso de los choferes, con los vidrios laterales abiertos, con barbijos, alcohol en gel o diluido, frecuente lavado de manos, utilizar guantes descartables, higiene periódica y permanente de los rodados y elementos que se utilizan con habitualidad etc. En cuanto a la pandemia de Covid-19, tengo que expresar que, a nivel personal, me encuentro comprendido como persona de riesgo por padecer Diabetes tipo 2 y también sufro de Hipertensión Arterial. Por tanto, me encuentro laborando desde mi hogar, entablando, por ende, una comunicación directa con mis superiores y los responsables de áreas de mi dependencia, atendiendo cada una de los requerimientos y problemáticas que se presentan a diario”. (Julio, entrevista realizada 26 de octubre del 2020)

Las entrevistas demuestran que todos los integrantes del equipo de trabajo del Servicio de Rehabilitación están abocados al Servicio del hospital, y donde se los necesite. Continúan capacitándose para estar y brindar el mejor Servicio posible a la comunidad. También se entiende que, por las nuevas necesidades y el deber apoyar a otras dependencias del hospital, han tenido que reestructurarse como equipo de trabajo. Todo esto sucede sin perder de vista el acompañamiento a las PCD y sus familias asistentes al Servicio. Claro está que, por sus problemáticas particulares, relacionadas con la discapacidad, son además personas de riesgo. Son estas las razones que hacen que se les acompañe desde líneas telefónicas, WhatsApp y de ser necesario, el personal debe acercarse hasta el domicilio.

El señor J.C.C. expone una nueva problemática para los trabajadores cuando explica que él, por tener factores de riesgo, trabaja desde su casa. Esta nueva forma de trabajar, desde lo virtual, sin perder de vista la función, implica la responsabilidad de mantenerse informado de todo lo que acontece a nivel hospitalario.

Entendiendo a las PCD como sujetos que tienen derechos, y de acuerdo a lo expuesto en el marco teórico, el concepto de discapacidad y su concepción social han ido

evolucionando hasta llegar al enfoque de inclusión social<sup>5</sup>. Desde esta nueva perspectiva de los derechos humanos<sup>6</sup> como lo establece Carballada (2016), queda claro que las PCD están contempladas. Incluso desde el marco legal<sup>7</sup> de nuestro país, se han ratificado los tratados internacionales – y por ende la Convención Internacional de los derechos de las PCD – lo que permite reflexionar que los sujetos con discapacidad están protegidos a nivel Internacional, y mediante legislaciones de orden nacional, provincial y local.

## **2.2 Realidades del Servicio de Rehabilitación**

En este apartado se pretende ahondar, mediante las entrevistas y observación realizada, en el surgimiento de la institución, el rol de las familias en ese momento y las barreras que se encuentran en la actualidad. Cabe recordar que el Servicio nació por el empuje de diferentes padres y madres, que ante las complicaciones que significaba viajar hasta la ciudad de Trelew para atender a sus hijos expusieron cuán necesario era un lugar donde pudieran ser atendidos dignamente, como sujetos de derecho. Estas familias, que fueron la voz de sus familiares con discapacidad, reconocen que, aunque la situación ha mejorado con el tiempo, aún quedan barreras por resolver.

“Rawson no contaba en ese momento con un Servicio de Rehabilitación, motivo por lo cual me derivaron al Servicio de Rehabilitación Pichi Anai de Trelew, por derivación del Dr. Gómez, neurólogo de Trelew, porque mi niña padeció de parálisis cerebral. Estoy hablando del año 1985, razón por la que yo, como otro grupo de madres- padres, debíamos trasladarnos a la ciudad de Trelew, más precisamente al Pichi Anai. Al no tener obra social, dependíamos de nuestros propios sustentos económicos, cuando no teníamos dinero recurríamos al Hospital “Santa Teresita”, el cual, mediante encuesta social, nos daban pasajes para viajar en colectivo. Y más adelante el mismo hospital nos puso un Fiat 147 de APRISA, que nos llevaba y nos traía del Pichi Anai.

---

<sup>5</sup> Marco Teórico. Enfoque de inclusión social de discapacidad, pág. 34

<sup>6</sup> Marco teórico Trabajo Social y Derechos Humanos pág. 24

<sup>7</sup> Marco Teórico. Marco Legal. Mirando la legislación utilizada, pág. 60

Desde 1989, fecha en la que se inauguró el Servicio de Rehabilitación en el Hospital “Santa Teresita” de Rawson, fue una alegría inmensa para todas las familias que viajábamos a la ciudad de Trelew, imagínate vos, en mi caso mi hija con Parálisis cerebral, otra madre con su hija ciega, otra con su hija con multidiscapacidad la verdad, no sé cómo entrábamos en un Fiat 147”. (V, entrevista realizada, 19 de octubre 2019).

“Desde muy pequeña, hoy tengo 20 años, y sé que desde siempre me llevaba mi mamá o mi hermana mayor, temprano. Pasaba la tráfico a buscarme a mi casa, en el Servicio ingresaba al hospital de día, en donde me brindaban el desayuno, y el almuerzo, nos bañaban y después pasaba a las atenciones de terapia ocupacional, otro día a fonoaudiología, otro a kinesiología y otro a musicoterapia. Hoy en la actualidad, sólo tengo atención en kinesiología y terapia ocupacional, ya no tengo las otras terapias. Creo que a futuro van a construir una pileta de natación, que me pone muy contenta ya que como tengo una discapacidad motora, sería muy bueno para mí.” (S, entrevista realizada el 02 de noviembre del 2020)

“Al principio, me acuerdo de que el Servicio brindaba atención a niños recién nacidos hasta los 18 años, pero hoy vemos que atienden desde recién nacidos hasta adultos mayores, lo cual me parece muy lindo, ya que todos tenemos derechos a la salud. Sí es cierto que el espacio ya se está quedando chico para la demanda de la población. Por eso es necesario la incorporación de profesionales, por ejemplo, en neurología, Trabajo Social, y fonoaudiología, que según tengo entendido hay lista de espera, y ampliar el Servicio para una mejor atención” (M, entrevista realizada, 10 de septiembre de 2017).

“Siempre fui acompañado por mi mamá, pero a medida que fue pasando el tiempo, empecé a manejarme solo. Viene la tráfico del

Servicio a buscarme, con Dante (agente sanitario) y Alberto (chofer). Ya me acostumbré así, ahora con esta pandemia, no funciona la tráfico, y tengo video llamadas con la licenciada Patricia Cabeza, o a veces llamadas con WhatsApp”. (J, entrevista realizada, 29 de octubre del 2020).

“El jefe de Servicio nos informó la necesidad de contar con una nueva unidad de vehículo con rampas, destinado al uso exclusivo para las PCD que asisten al Servicio de Rehabilitación. La tráfico con la que cuenta hoy fue destinada para uso hospitalario, y no reúne las condiciones para el traslado de las PCD, como prioridad tener rampa manual o electrónica con elevador para sillas de ruedas”. (N, entrevista realizada 25 de septiembre del 2020).

“Hemos cursado y reiterado notas, solicitando la incorporación de una psicopedagoga. Queremos armar un equipo que se aboque solo a la atención de TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), TEA (Trastorno de Espectro Autista), y otras patologías en el área de discapacidad, que, a la fecha, no podemos abordar de manera interdisciplinaria. También hemos solicitado el ingreso de un profesional médico especialista en rehabilitación o en neurología. Años atrás trabajaba un médico generalista en neurología, pero se jubiló y a la fecha no han cubierto la vacante, así también se jubiló la músico-terapeuta, y a la fecha ese cargo está vacante, tampoco contamos con personal de enfermería”.

“Si contáramos en nuestro equipo interdisciplinario con profesional en Trabajo Social, nos facilitaría mucho al equipo, por su especificidad en el abordaje desde lo social. Acá atendemos PCD que a veces vienen desbordados, ya sea porque no cuentan con los recursos económicos, muchas veces familias de muy bajos recursos.

Pasa que con las vacantes que se producen a nivel hospitalario, es el Ministerio quien se encarga de dar respuesta. Nosotros presentamos notas reclamando por la falta de profesionales.

Rawson ha crecido mucho y nuestro Servicio ya no es el mismo que hace treinta años”. (D, entrevista realizada, 21 de septiembre 2020)

*¿Usted cree que el Servicio de Rehabilitación, satisface las necesidades de todas las PCD que requieren hacer uso del mismo?*

“En mi caso en particular, yo he pedido más atención en kinesiología, ya que hay una sola kinesióloga que se dedica a la atención de PCD en neurología adultos, pero a la vez sé que hay ocho kinesiólogos más. Pero qué pasa si la profesional de adultos se encuentra con licencias, enferma o por atención de un familiar enfermo, yo como muchos debemos esperar hasta tanto vuelva dicha profesional. Creo que en esa especialidad debería haber más profesionales con la especialidad en neurología. El espacio creo que debería ser un poco más grande, o tener un espacio solo para atención de PCD traumatológicos y otro para las PCD neurológicos adultos”.

*“Usted considera necesario que dentro del Servicio cuente con Trabajadores Sociales, para la atención de las PCD y su familia que asisten al mismo.*

Sí, yo creo que es muy necesario, señora Rosalía, ya que a las personas como yo que nos cuesta mucho trasladarnos, ya sea por presentar discapacidad como yo, o en sillas de ruedas, nos es muy difícil ir siempre hasta el Servicio Social del hospital. A veces no hay nadie atendiendo, después hay que ir hasta la Dirección una y otra vez para tener respuesta de nuestro pedido. De contar con profesional en Trabajo Social dentro del Servicio, nos facilitaría mucho el no tener que andar de aquí para allá”. (L. Comunicación personal, 25 de noviembre 2020).

“Sería fundamental el poder contar con el profesional en Trabajo Social, en el equipo interdisciplinario, trabajando en terreno, llegando a los hogares y buscando nuevas estrategias de intervención”. (I, entrevista realizada, 25 de octubre de 2020).

Estas entrevistas permiten analizar cómo, a pesar del tiempo transcurrido, las PCD, sus familias y el personal responsable del Servicio de Rehabilitación continúan persiguiendo la idea de mejorar las condiciones materiales y profesionales de una institución reconocida en la contención y acompañamiento de las PCD. Esto se evidencia, por ejemplo, en el reclamo de una ambulancia que tenga una rampa de elevación para PCD con movilidad reducida, pues la que poseen en la actualidad no está adaptada, no posee ni rampa, ni elevador, ni las barandas para sujetar las sillas de ruedas. A los problemas existentes, se añade la cuestión actual de la pandemia de COVID-19, situación que hace que los pocos recursos humanos y materiales deban estar siempre a disposición del Hospital, según se expresa en el relato de “J”, una de las PCD que asiste al Servicio de Rehabilitación.

También queda en evidencia que las necesidades no son sólo materiales, cuando el jefe del Servicio expresa que se necesitan profesionales y que el Ministerio de Salud no da respuesta. Y aclara la importancia de contar con profesional en Trabajo Social<sup>8</sup> que forme parte del equipo interdisciplinario del Servicio de Rehabilitación.

### **2.3 Entrelazando y analizando vivencias compartidas entre PCD, familia y personal Servicio de Rehabilitación de Hospital Sub zonal “Santa Teresita”.**

En este apartado se pretende, como bien se expone en el título, explicar la forma en la que se entrelazan las diversas vivencias, tanto de las PCD, como sus familiares y el personal de la institución. De esta forma, se puede afirmar que todos ellos fueron, de alguna manera, actores principales en la creación del Servicio de Rehabilitación. A partir de esto, se intentará una breve reflexión.

“Desde que nos dieron el diagnóstico de mi hijo en Bs. As, a los seis meses, empezamos a asistir al Servicio de Rehabilitación, lo atendían todos los profesionales. Debido a su discapacidad, en Buenos Aires, nos habían dicho que tenía un pronóstico de vida de no más de seis años.

---

<sup>8</sup> Según Marco teórico, Trabajo social pág. 18

Hoy mi hijo tiene 17 años. Como familia, tuvimos momentos muy tristes, ya que perdí la cuenta de todas las veces que viajamos a Bs.As., ya sea para control, o para ver a cuánto especialista más actualizado atendiera a nuestro niño. Pasaron los años, y estoy eternamente agradecida al Servicio de Rehabilitación, como así también a cada una de las maestras de apoyo a la inclusión, que desde la sala de 4 años y hoy mi hijo egresando del nivel secundario siempre en cada año escolar estuvieron siguiendo las trayectorias de la vida escolar de mi hijo. Para todas ellas mis infinitas gracias

Como te dije antes, al principio, el Servicio brindaba atención a niños recién nacidos hasta los 18 años, pero hoy vemos que atienden desde recién nacidos hasta adultos mayores, lo cual me parece muy lindo, ya que todos tenemos derechos a la salud. Sí es cierto que el espacio ya se está quedando chico para la demanda de la población. Por eso es necesaria la incorporación de profesionales, por ejemplo, en neurología, Trabajo Social, y fonoaudiología, que según tengo entendido hay lista de espera, y ampliar el Servicio para una mejor atención” (M, entrevista realizada, 10 de septiembre del 2017).

Las entrevistas demuestran que, de acuerdo al circuito interno del Servicio de Rehabilitación, el acompañamiento – tanto de los profesionales como de los familiares – es fundamental en el proceso. Tal cual se expone en el gráfico “Estructura del programa de rehabilitación”, una de las metas es la autonomía de la Persona con Discapacidad. El concepto de vida cotidiana<sup>9</sup>, que es el tiempo y espacio en el cual cada sujeto constituye su historia, nos marca que es a partir de este momento en el que la familia<sup>10</sup> concibe la realidad, que le sujeto comienza a concebirse de la misma manera.

Recordemos que la familia es la primera forma de organización, donde se encuentra la contención y el apoyo mutuo, y donde están asignados los roles de cada

---

<sup>9</sup> Marco Teórico. Vida cotidiana pág. 45

<sup>10</sup> Marco Teórico. Familia pág. 40

miembro. Es a partir del diagnóstico que se deberán transformar en el interior mismo y adaptarse a las circunstancias. La familia “En cuanto a institución social, se señalan entre sus funciones la de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros”. (Núñez, 2010:22)

Siguiendo con la vinculación de los diversos relatos, una de las personas entrevistadas – identificada con la inicial “V”– fue elegida en esta investigación por sus vivencias personales y por ser miembro fundante del Servicio de Rehabilitación. Se le realizaron preguntas direccionadas que luego permitieron la reflexión sobre cómo, a pesar de la adversidad, las ganas de crear una institución necesaria para la comunidad, fueron el motivo para seguir luchando.

*¿Qué opinión tiene Ud., y su familia con respecto a la atención del Servicio de Rehabilitación?*

“Nos sentimos muy atendidos por todo el equipo de rehabilitación. No tengo más que palabras de agradecimiento a cada uno de los que integran el servicio; tanto del Pichi Anai, posteriormente el Servicio de Rawson”. (V, entrevista realizada, 19 de octubre 2019)

*¿Cómo supera la familia la pérdida de una hija con discapacidad?*

“Es muy duro, cuesta mucho superarlo. Primero porque mi niña nació normal, y después le diagnosticaron parálisis cerebral, encima el pediatra que me atendió dijo que le di paico, por eso convulsionó, nada que ver yo no le había dado nada. La muerte de una hija no se supera nunca... Solo sé que, junto a otras madres, nos juntamos y luchamos para crear un Servicio de Rehabilitación acá” (V, entrevista realizada, 19 de octubre 2019).

“Yo, como tantas otras madres, somos las que nos enfrentamos con las obras sociales y las Instituciones, defendiendo los derechos de ellos, ellos son sujetos de Derechos, y nosotras somos la voz de ellos, lo hacemos por el amor”. (G, entrevista realizada, del 23 de octubre del 2020).

*¿Quién la derivó al Servicio? ¿Cuáles fueron los motivos?*

“Nosotros nos vinimos de Venezuela por la crisis reinante en nuestro país, al no contar con obra social, se nos hacía dificultosa

el acceso a la salud. En mi caso a los tres años recibí una bala que ingreso a mi cabeza por accidente en la vía pública en donde yo me encontraba jugando. Me operaron en Venezuela, pero quedé con secuelas neurológicas y por ende con ataques de epilepsia para toda la vida. En Venezuela vivíamos en una zona de riesgo, en donde vive por lo general la población más vulnerable. Nos vinimos acá a la Argentina con mi madre, ella trabaja de empleada doméstica. Acá accedí al tratamiento médico, fui operada nuevamente en el hospital zonal de Trelew, por una médica y un médico neurocirujano, como consecuencia en la cirugía me tocaron una arteria que me produjo un accidente cerebro vascular (A.C.V) y terminé con una hemiparesia. Debido a que mi madre no contaba con los recursos económicos para viajar, me trasladaron al Hospital de Rawson, seguí internada y recibí rehabilitación con la Licenciada P.C (L, entrevista realizada, 25 de noviembre/2020).

Este relato permite visualizar el rol de mujer como sujeto<sup>11</sup> hacedor de sus propias transformaciones. Al comprender que existe una necesidad común, utiliza diversas estrategias que le dan fuerzas y el empuje necesario para satisfacer una necesidad. Su transformación personal conduce a la búsqueda de un espacio en común, compartido con otras que transitan situaciones similares. Es así que estas mujeres, madres, lucharon para crear el Servicio de Rehabilitación.

A partir de este instante, la discapacidad<sup>12</sup> se convierte en una cuestión de derechos humanos, sus hijos son sujetos de derecho<sup>13</sup>. A partir de encontrar este sentido de pertenencia a un grupo, con problemáticas en común, estas mujeres pudieron fortalecerse en las leyes e instituciones que acompañan a los sujetos con discapacidad.

---

<sup>11</sup> Marco Teórico. Sujete pág. 36

<sup>12</sup> Marco Teórico. Discapacidad pág. 17

<sup>13</sup> Marco Teórico. Sujete de Derecho pág. 39

Fotografía 7 – Entrelazando vínculos por amor



Fuente: Elaboración Propia

También fue entrevistada durante el desarrollo de esta investigación la Terapeuta ocupacional (T.O.). Se le hicieron preguntas direccionadas:

*¿Qué es ser T.O. en el Servicio de Rehabilitación?*

“Es mejorar la calidad de vida de las PCD y su familia, creando adaptaciones, acompañando a la familia en el proceso de adaptación. Generalmente es la madre quien cumple un rol fundamental con la PCD y es quien tiene la mayor responsabilidad de cuidado y acompañamiento”. (I, entrevista realizada, 25 de octubre de 2020).

Este fragmento permite reflexionar como el concepto género<sup>14</sup> resulta adecuado al momento de observar los roles familiares, que están bien marcados: la mujer es la responsable de los cuidados de los hijos. Se percibe, de alguna manera esta relación de poder y subordinación casi inconsciente. Las estructuras patriarcales son las que establecen y ordenan la organización familiar. Estas mujeres, madres, cuidadoras, han

---

<sup>14</sup> Marco Teórico. Género pág. 49

naturalizado toda la responsabilidad de cuidar a sus hijos, y si alguno de ellos transita una situación de enfermedad o discapacidad, esta responsabilidad materna aumenta.

Cada una de las situaciones que atravesaron motivó a estas madres a contar sus historias, y descubrir que son similares, o incluso compartidas por otros actores relacionados al Servicio de Rehabilitación. Este descubrimiento de saberse acompañadas las condujo a crear lazos cada vez más profundos con aquellos que vivencian o vivenciaron situaciones similares. A los efectos de la presente investigación, resulta adecuado traer el concepto resiliencia<sup>15</sup> para describir este proceso.

Desde el rol profesional, como Trabajadores Sociales, la resiliencia permite trabajar desde una mirada inclusiva; proyectando acciones que promuevan, incentiven y potencien aún más la fuerza motora de estas madres. Como se expuso en los párrafos anteriores, en el Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” de Rawson, son las mujeres quienes llevan la mayor responsabilidad del cuidado de un familiar con discapacidad, por lo que las acciones deben estar dirigidas primordialmente a ellas.

#### **2.4 Análisis de las entrevistas en primera persona, a sujetos con discapacidad**

En este apartado se procura conocer la vivencia de los sujetos que de alguna manera se relacionan con el Servicio de Rehabilitación, es por ello que se les realizaron preguntas direccionadas.

*¿Usted se considera discapacitado?*

“No. No me considero discapacitado. Sé que a veces me pasan cosas, me cuesta salir a la calle, no me relaciono mucho, escucho voces... el certificado único de discapacidad me lo otorgaron por tener esquizofrenia desde los 17 años; hoy tengo 36 años. Por esta enfermedad he transitado desde el área de psicología, terapia ocupacional, psiquiatría... he pasado por varios especialistas en psiquiatría. A veces porque pienso que no dan en la tecla con la medicación, y en esos casos tengo crisis, delirios, y las voces son a cualquier hora del día, por eso me siento como conejito de

---

<sup>15</sup> Marco teórico. Resiliencia pág.57

Indias: toma esto, no funciona, te cambio por esta otra a ver qué pasa, y así transito mi vida. Yo comparo el cambio de medicación como la forma de comprar ropa, me pruebo esto, no me gusta, la cambio”. (G, entrevista realizada, el 9 de noviembre del 2020)

“A mí me deriva el Dr. Médico neurólogo, el cual me sigue medicando, tomo medicación a la mañana y a la noche. Hace nueve años perdí a mi madre y mi enfermedad avanzó rápidamente.

El certificado único de discapacidad dice que tengo la enfermedad de Parkinson. Yo no me siento discapacitada, yo llevo una vida independiente. Vivo con mi hija de 29 años y sus dos hijos menores. Ingresé a trabajar con los planes de jefas y jefes de hogares en la cocina del hospital, ahora ya me pasaron a planta (permanente)”. (M, entrevista realizada, el 10 de noviembre del 2020)

“Yo empecé con lo que la médica me dijo ser una úlcera varicocele, pero al tiempo, yo observaba que, de mi pierna a la altura de mis tobillos, me salía como una ampolla, la cual, se fue agrandando, y me dolía mucho. Consulté una y otra vez, pero mi situación de salud no cambiaba. Yo vivo solo así que un día me armé de coraje, me fui al hospital y les dije que me cortaran las piernas. El médico que me atendió en la guardia me dijo “¿Cómo es que quiere que le cortemos las piernas?”, entonces le respondí que el dolor que yo sentía era muy fuerte, y que no quería sufrir más. Así fue que me internaron, me realizaron muchos estudios, yo no entiendo mucho. Si sé que la (Dra. G) un día me dijo “hay que operarse, ¿usted está dispuesto?”, y yo le respondí que sí.

Sí, tengo certificado de discapacidad, cuando empecé con rehabilitación, los profesionales me realizaron el informe y me lo otorgaron con vigencia hasta el 03/01/2028, yo no me siento un discapacitado”. (H, entrevista realizada, el 12 de noviembre del 2020)

Se puede observar que les entrevistades, al preguntarles si se sienten PCD, responden que no. Es la mirada del otro la que les coloca en ese lugar, pero en los casos

estudiados, esa mirada no coincide con lo vivenciado por cada uno de ellos. Nuevamente es el sentimiento de resiliencia<sup>16</sup> el que está presente en los diversos sujetos, dando lugar a la adaptación y la fortaleza necesarias para afrontar la situación y avanzar. Los vínculos familiares, amistad y comunidad son los pilares de apoyo ante la adversidad.

Desde las diversas entrevistas se deja en claro que el Servicio de Rehabilitación es una institución<sup>17</sup> que representa para estas familias, y sobre todo para las PCD, la posibilidad de vincularse con iguales. Es el lugar del encuentro, donde comparten diversas estrategias de supervivencia ante la adversidad que representa la discapacidad en nuestra sociedad.

De acuerdo a los datos recolectados, resulta sustancial mencionar que aún se necesita concientizar sobre la discapacidad en la comunidad de Rawson. Por fuera del Servicio, es imprescindible que otros sujetos y actores sociales comiencen a deshacerse de los estigmas que representa la discapacidad.

#### **2.4.1 De qué manera se reconocen los estereotipos y estigmas en los sujetos con discapacidad**

Siguiendo con el análisis del apartado anterior, y de acuerdo a los autores citados, se deduce que en todas las sociedades existen categorías de identidad social, que de alguna manera definen el concepto que un individuo tendrá de otro. Estas categorías se demuestran como estereotipos, que, de acuerdo al tiempo y espacio, se presentarán de una u otra manera. Esto les permite a los sujetos organizar su vida cotidiana<sup>18</sup> en el ámbito social. Es en este espacio donde se construirá la identidad social, que les permitirá situarse y buscar la manera de satisfacer sus necesidades.

Desde que una persona asume a qué categoría identitaria pertenece, se adjudica también un juicio de valor sobresaliente de esa categoría. Si la valoración es negativa, se percibe esa categoría como un estigma.

“Cuesta mucho superar el diagnóstico, primero porque mi niña nació normal, y después le diagnosticaron parálisis cerebral.

---

<sup>16</sup> Marco teórico. Resiliencia pág.57

<sup>17</sup> Marco teórico. Institución pág. 54

<sup>18</sup> Marco teórico. Vida cotidiana pág. 45

Encima el pediatra que me atendió dijo que le di paico, por eso convulsionó, nada que ver yo no le había dado nada. La muerte de una hija no se supera nunca... Solo sé que, junto a otras madres, nos juntamos y luchamos para crear un Servicio de Rehabilitación acá. (V, entrevista realizada, el 10 de octubre 2020).

“Extraño mucho concurrir y me pone muy ansioso no poder salir de casa, ya terminé la secundaria. No sé si seguir estudiando, pero si quiero trabajar, igual es muy difícil conseguir trabajo. Hoy me gustaría realizar el curso de manipulación de alimentos. Así podría conseguir trabajo de ayudante de cocina en alguna parte, también en las escuelas especiales”. (J, entrevista realizada, 29 de octubre del 2020).

“Llevo 11 años en canal 7, ingresé como sereno. Ahí me sentía observado como gato malo, de a poco se fueron acostumbrando a mi manera de ser y yo también a ellos, ya que tengo muchos compañeros y compañeras, no me siento discriminado. Fueron pasando los años, me pasaron a tareas de cadete, después pasé a Archivo del canal en la calle Roca, también hice de sonidista. Hoy hago de todo: preparo los equipos para salir al aire, a veces soy ayudante de cámara, me gusta mi trabajo, así que lo hago lo mejor posible”. (G, entrevista realizada, el 09 de noviembre del 2020).

“Tengo mi sueldo, no tengo auto, vivo en las 120 viviendas, camino a Playa Unión. Ahora con la pandemia del Covid-19 no andan los colectivos urbanos, razón por la que vengo a trabajar caminando y me voy caminando, por eso te digo que no me siento discapacitada. Tengo algunas compañeras que te lo dicen en forma chocante: vos tenés el certificado de discapacidad, no deberías trabajar. Eso duele, pero solo yo sé que tengo que seguir con mi vida”. (M, entrevista realizada, el 10 de noviembre del 2020).

“Sofía padece de una cuadriplejía espástica, depende de una silla de ruedas y parálisis cerebral infantil. Comenzamos a asistir al Servicio desde que ella era bebé: primero a estimulación

temprana, después se agregó la atención en kinesiología, y a la fecha también asiste a terapia ocupacional. El equipo la evaluó y le otorgaron el certificado único de discapacidad. La atención fue variando según pasaron los años, a veces cuando no hay tráfico de traslado ya sea porque la misma entra al taller, o porque los agentes se toman vacaciones, hay quedamos sin poder asistir al Servicio, ya que como Sofía ya es grande, es difícil conseguir un taxi o remise adecuado para trasladarla”. (SG, entrevista realizada el 02 de noviembre del 2020).

Las entrevistas realizadas a PCD, familiares y otras personas relacionadas con el Servicio de Rehabilitación, aclaran que se observa una mejora por parte de la comunidad y de las instituciones, a través de diversos programas y leyes que han disminuido las desigualdades. Aun así, todavía quedan muchas barreras por superar: por ejemplo, no existe en Rawson ningún taxi o remise adaptado para PCD motora.

Son las mujeres – madres – quienes rompen con las barreras y estereotipos<sup>19</sup> sociales y son la voz y compañeras de sus hijos. Son ellas las que dejan todo con tal de fortalecerse y que sus hijos logren la autonomía y puedan manejarse de manera independiente en la vida. Son ellas quienes buscan que sus hijos sean respetados como sujetos de derecho, con igualdad de oportunidades.

“Yo no me siento un discapacitado. Yo tengo 61 años de edad, tuve dos hijos, ninguno se acerca a mí, pero he recuperado a mi compañera que hoy está junto a mí, me acompañan 3 nietas mujeres y un varón, hoy con la pandemia, solo nos visitan los domingos, pero nos llenan de amor”, (H, entrevista realizada, el 12 de noviembre del 2020)

---

<sup>19</sup> Marco Teórico. Estereotipos pág. 55

*Fotografía 8 - Discapacitade ¡no!*



Fuente: Elaboración propia

Como ya se expuso anteriormente, en el Servicio de Rehabilitación se acompaña también a personas mayores de edad. A pesar de su discapacidad, estas personas aprendieron a sobrellevar la situación, expresando en sus relatos que no se sienten “discapacitades”. Ante el diagnóstico desfavorable se han enfrentado a estereotipos negativos, a pesar de la marca identitaria que representa ser discapacitade. En las entrevistas se refleja que no perciben la discapacidad como un impedimento para ellos; en todo caso es impedimento para quienes no la padecen.

Desde el punto de vista legal, queda claro que son contemplados como sujetos de derechos ante la ley, que existen reglamentaciones que les amparan. Pero en la práctica, falta mucho para lograr la inclusión. En este sentido, resulta importante compartir la entrevista realizada al Lic. M.O., director provincial de Atención Integral a la Discapacidad, quien es el referente institucional. De él depende la dirección de los fondos económicos en beneficio de las PCD.

“Dentro de las funciones que me competen como director, debo hacer cumplir dentro de lo posible todas las leyes vigentes en materia de atención a la Discapacidad, sí bien hay varias leyes

Nacionales y nuestra Provincia también adhiere, en defensa de los derechos de las personas que atraviesan discapacidad. También soy director provincial de los consejos de discapacidad, y a través de estos consejos los cuales también tienen representantes del Ministerio de Educación Dirección de Educación Inclusiva, Dirección de familia, obra social Seros, defensoría del pueblo y participan también la dirección municipal de discapacidad, de cada localidad, representante de Organizaciones No Gubernamentales” (Lic. M.O. entrevista realizada, 03 de noviembre del 2020).

De acuerdo a las entrevistas, es posible afirmar que aún faltan acciones concretas por parte de las instituciones vinculadas directa o indirectamente con el Servicio de Rehabilitación. Se evidencia la falla en el acompañamiento y en la falta de herramientas para las PCD y sus familiares. Se percibe también que los estereotipos y estigmas están puestos en los sujetos con discapacidad, que esta marca negativa no les permite realizarse en igualdad de condiciones. El estado debe velar por acciones concretas de acompañamiento, teniendo en cuenta lo expresado por el director de Discapacidad Provincial, de quien depende implementar las leyes en políticas públicas concreta de acompañamiento.

Las entrevistas también reflejan que el Jefe del Servicio Social, no da abasto con todas las áreas que debe atender dentro de la institución como también trabaja con diferentes instituciones de la comunidad, es por ello la necesidad de un profesional en Trabajo Social<sup>20</sup> en el equipo interdisciplinario del Servicio de Rehabilitación, ya que dicho profesional puede Integrar, coordinar, orientar, capacitar y/o supervisar equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando estrategias de intervención que identifique las diversas situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en él, y se propongan estrategias de intervención., dichas categorías lo especifica la Ley Nacional N°27.072<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Según Marco teórico, Trabajo Social pág. 18

<sup>21</sup> Según marco teórico, ley 27072 El trabajo social y sus incumbencias en pág. 60.

### **Capítulo III: Análisis e interpretación de datos recolectado de los sujetos que intervienen en el Servicio de Rehabilitación.**

#### **3.1 Conociendo las instituciones que se relacionan de alguna manera con el Servicio de Rehabilitación y con las PCD**

A partir del análisis del concepto institución<sup>22</sup>, se comprende que el Servicio de Rehabilitación es parte del cuerpo social, que opera desde diferentes normas y pautas a las cuales se deben adaptar y respetarlas, tanto les agentes de la institución como las PCD. Teniendo en cuenta la realidad actual, la situación en la que se encuentra esta institución, especialmente atravesada por el Covid-19, se considera también cómo han tenido que adaptarse a esta nueva modalidad.

En el inicio de la investigación en el año 2017, la realidad era otra. Les entrevistades exponían la idea de trabajar en conjunto con otras instituciones, y también movilizarse hacia el interior de la provincia.

“Dentro del hospital trabajamos en red con el Servicio de Pediatría, más precisamente con la Dra. L. M. (médica pediatra), mediante video conferencia con el Hospital Garrahan, de Buenos Aires. Presentamos los casos que atendemos, y tenemos dudas, y recibimos sugerencias de parte de los profesionales del Garrahan”. (U, entrevista realizada 20 de octubre del 2017)

“Jorge ingresó al Servicio cuando tenía 7 meses, derivado por el pediatra Dr. G. No tenía diagnóstico, sólo que no se sentaba, por lo que solicitan la intervención del equipo de rehabilitación del Hospital “Santa Teresita”. En su comienzo lo atendían la TO V. R, y la kinesióloga A. M. A los dos años fue derivado al Hospital Garrahan, en donde le dan el diagnóstico de parálisis cerebral y cadera fuera de lugar. Fue su primera cirugía, después lo siguen atendiendo en el Servicio de Rehabilitación, los kinesiólogos P.C. y Lic. M.O. Posteriormente, recibe otra cirugía de médula en el hospital de niños (Buenos Aires). Y otra cirugía de ambas piernas

---

<sup>22</sup> Marco Teórico. Institución pág., 54

en el hospital de Trelew Chubut, realizada por el Dr. T.” (L, entrevista realizada, el 29 de octubre 2020)

*¿Cuáles son los Servicios o instituciones con las que trabajan en red?*

Trabajamos de manera interdisciplinaria y directa con el Servicio de pediatría de nuestro hospital, la demanda de bebés nacidos de manera prematura es un factor de riesgo; vamos a internación, hacemos evaluación, y seguimiento. O sea, atendemos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la PCD, en este caso de Pediatría.

En internación sector Clínica Médica, se atiende la demanda de kinesiología respiratoria, o por lesión neurológica.

Con el Servicio de Nutrición, casos de niños judicializados, y otros casos como ser nutrición disfagia (deglutoria).

También con la DPAID (Dirección Provincial de Atención Integral a la Discapacidad), para la adquisición de insumos del banco de ayudas técnicas, y la Junta Evaluadora de Discapacidad, encargada de otorgar o denegar los CUD (Certificados únicos de discapacidad)”. (D, entrevista realizada, 21 de noviembre del 2017)

“Tenemos un proyecto pensado en RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad) para salir al interior. Después, se habían presentado notas para el ingreso de más profesionales, como por ejemplo médico, neurólogo, psicopedagoga, fonoaudiólogos. Faltan profesionales, cada vez hay más demanda en el Servicio, pero falta incorporar profesionales”. (I, entrevista realizada, del 19 de octubre del 2017)

Lo manifestado en las entrevistas se puede enmarcar en el enfoque social de discapacidad<sup>23</sup>. Se puede apreciar la manera en la que los agentes que intervienen en el Servicio de Rehabilitación implementan este modelo al accionar con PCD y sus familias,

---

<sup>23</sup> Marco Teórico. Modelos social de discapacidad pág., 32

entendiéndose que la discapacidad de un integrante es responsabilidad de todos. Se percibe en cada entrevista deseo general y la idea de no trabajar solamente dentro del Servicio de Rehabilitación sino salir a la comunidad de Rawson, y también hacia otras localidades de la provincia.

En esta línea de análisis, se incluye la entrevista realizada a la presidenta de la Asociación Cooperadora del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”. Dicha entidad es una de las organizaciones que acompaña de manera permanente con el Servicio de Rehabilitación

“La Comisión de Cooperadora cuenta en la actualidad con un grupo de personas, de las cuales hay más mujeres que hombres, algunos han sido pacientes del Servicio de Rehabilitación, otros han sido personal, hoy ya jubilados, todos vecinos de Rawson, que quieren mucho al Hospital. Empezamos nuestra actividad, recorriendo Servicio por Servicio, fuimos bien recibidos, y recepcionamos las necesidades.

Tuvimos varias reuniones con los directivos hospitalarios, y a nivel Ministerial. Nuestra propuesta ha sido que con las distintas especialidades con las que cuenta hoy el Hospital “Santa Teresita”, les hemos solicitado a las autoridades del Ministerio de Salud elevar la categoría hospitalaria, de ser Hospital Sub zonal pase a la categoría de Hospital Zonal “Santa Teresita”. Cuesta mucho, siempre es un “no” de parte de las autoridades.

En relación a las necesidades del Servicio de Rehabilitación. Según la reunión mantenida con el Jefe de Servicio, el mismo nos comenta la necesidad de contar con una nueva unidad de vehículo con rampas, destinado al uso exclusivo de los pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación. Ya que la que se cuenta hoy, fue destinada para uso hospitalario, y no reúne las condiciones para el traslado de pacientes con discapacidad (como tener rampa manual o electrónica con elevador para sillas de ruedas). Claro está que, para adquirir una nueva unidad vehicular se debe realizar un proyecto, elevarlo a la Agencia Nacional de Discapacidad y con suerte que sea aprobado, toda una burocracia de las instituciones. Posteriormente nos propusimos realizar una

convocatoria de nuevos socios con un aporte de 100\$ mensuales por vecino, esto nos permitió en poco tiempo, mejorar un poco en cuanto a pinturas, y equipar la Unidad de Terapia Intensiva”. (G.N.) entrevista realizada, el 25 de septiembre del 2020)

Figura 4: *Instituciones que se relacionan con el Servicio y las PCD.*



Fuente: elaboración propia.

El gráfico expone que el Servicio de Rehabilitación realiza un trabajo interinstitucional con diversos organismos a nivel nacional, provincial y municipal. Queda evidenciado que es fundamental el acompañamiento de las instituciones ante un diagnóstico desfavorable; ya que, de alguna manera, todos están relacionados.

Se puede observar que la idea de solidaridad y empatía con el otro por parte de los integrantes del Servicio de Rehabilitación está presente. A nivel organizativo y de acuerdo a las entrevistas, demuestran la perseverancia y el trabajo interinstitucional por parte de las instituciones que se expone en la figura N° 4.

En las entrevistas realizadas se manifiestan distintas formas en las que los vecinos, por diferentes circunstancias, se han relacionado con el Servicio de Rehabilitación. De estos vínculos surgió el motor motivador para acompañar de manera activa y ad-honorem. El acompañamiento lo realizan a través de una organización intermedia: la Cooperadora del Hospital “Santa Teresita”. Igualmente aclaran que es necesario jerarquizar el nivel hospitalario – elevar la categoría de Sub Zonal a Hospital Zonal –. Esto implicaría más presupuesto y la posibilidad de brindar coberturas más complejas (equipamiento acorde a cada especialidad y recursos humanos especializados).

En la actualidad se organizan y se comunican de manera virtual, teniendo en cuenta los recursos tecnológicos de cada institución, y por supuesto de las familias que se vinculan con esta institución.

### **3.2 Analizando e interpretando cómo se vinculan las PCD y personal del Servicio de Rehabilitación; y los conceptos discapacidad y resiliencia**

La interpretación de las diversas entrevistas implica analizar cómo se enfrentan ante las situaciones adversas que se presentan en la vida cotidiana<sup>24</sup> las familias y el personal del Servicio de Rehabilitación. Tal análisis se realizará inevitablemente desde una perspectiva: o desde el lugar de la familia, o desde el lugar del personal que acompaña el proceso. Estas observaciones permitirán explicar cómo se fortalecen y logran seguir adelante las PCD, familiares y el personal del Servicio de Rehabilitación, considerando especialmente que los conceptos de resiliencia<sup>25</sup> y discapacidad se entrelazan.

Los fragmentos que se presentan a continuación se orientan particularmente a demostrar cómo, a pesar de las situaciones que atravesaron, tienen la fortaleza de levantarse y seguir adelante, cada quien desde el lugar que le toca vivir.

*¿Desde cuándo asistís al Servicio de Rehabilitación?*

“Desde que me dieron el diagnóstico de mi hijo en Bs. As, a los seis meses, empezamos a asistir al Servicio, lo atendían todos los profesionales. Debido a su discapacidad, en Buenos Aires, nos

---

<sup>24</sup> Marco Teórico. Vida cotidiana pág. 45

<sup>25</sup> Marco Teórico. Resiliencia pág. 57

habían dicho que tenía un pronóstico de vida de no más de seis años.

Fue muy triste, imagínate, nuestro primer hijo, todos nuestros sueños, pero (silencio, llanto). Hoy ya mi hijo tiene 17 años. Cómo familia, tuvimos momentos muy tristes, ya perdí la cuenta de todas las veces que viajamos a Bs.As. Ya sea para control, o para ver a cuánto especialista más actualizado atendiera a nuestro niño. Pasaron los años. Estoy eternamente agradecida al Servicio de Rehabilitación, como así también a cada una de las maestras de apoyo a la inclusión, que desde la sala de 4 años y hoy mi hijo egresando del nivel secundario siempre en cada año escolar estuvieron siguiendo las trayectorias de la vida escolar de mi hijo. Para todas ellas mi infinito agradecimiento”. (M, entrevista realizada, el 10 de septiembre del 2017)

“Desde muy pequeña, hoy tengo 20 años, y sé que desde siempre me llevaba mi mamá o mi hermana mayor. Temprano, pasaba la tráfico a buscarme a mi casa, en el Servicio ingresaba al hospital de día, en donde me brindaban el desayuno, y el almuerzo, nos bañaban y después pasaba a las atenciones de terapia ocupacional, otro día a fonoaudiología, otro a kinesiología y otro a musicoterapia. Hoy sólo tengo atención en kinesiología y terapia ocupacional, ya no tengo las otras terapias. Creo que a futuro van a construir una pileta de natación, que me pone muy contenta ya que como tengo una discapacidad motora, sería muy bueno para mí.

Tengo una persona auxiliar, que me lleva y me trae de la escuela, es acompañante le dicen, ella está todo el tiempo conmigo en la escuela 509 de Capacitación laboral. Ahí también va mi hermano Jorge, que también tiene discapacidad, síndrome de Down. No tiene claro su lenguaje, entonces estamos los dos en el taller de artesanía y panadería, entonces cuando no le entienden las señas o los compañeros, yo lo ayudo”. (S. Entrevista realizada del 02 de noviembre del 2020)

*¿Porque eligió trabajar en un Servicio de Rehabilitación?*

“Trabajé ad-honorem en este Servicio, me gustó mucho. Hoy en la actualidad tengo motivo para seguir trabajando en discapacidad, ya que tenemos un hijo con discapacidad”. (D, entrevista realizada, el 21 de noviembre del 2017)

*¿Cómo recibió la familia esta noticia? ¿Cómo la recibió usted?*

“Al nacer nuestro hijo, nos dijeron que era un bebé prematuro, pero yo como profesional me daba cuenta de que mi hijo a medida que iba creciendo era un bebé irritable, los movimientos reflejos que presentaban me llamaban mucho la atención. Esto fue el motivo para que realizara una consulta de manera urgente con un neurólogo, mi hijo tenía 4 meses de vida. Mi esposa presentó un cuadro de depresión, de angustia, desesperación, ya que nuestro hijo, fue deseado, buscado, pedido por su hermano mayor.

Se te cruzan muchos interrogantes, primero que todo es transitorio, que todo pasará, a la vez tu conciencia profesional y el deseo de negación, de lucha, te fortalece para pedir ayuda. Pero con el paso del tiempo, mi señora sigue con angustia. Yo lo vivo como que a medida que pasa el tiempo, cada etapa que pasa nuestro hijo es un duelo, su ingreso al jardín fue un duelo, cada etapa es un duelo... Es permanente, aceptar o ver de qué modo salir de diferentes emociones encontradas, enojos, frustraciones”. (D, entrevista realizada, el 21 de noviembre del 2017).

*¿Cómo saliste adelante con tus hijas tan pequeñas?*

“Mira, yo siempre creí en Dios, sé que no me iba abandonar, así que, con la autorización del director de Esquel, ya con el diagnóstico médico, que, de manera bruta, me dio una pediatra de Esquel, la cual me dijo que Vanesa no se sentaba sola porque era una “Retrasada mental”. Decidí pedir el pase al hospital de Trelew, me vine con las tres niñas, y realicé el curso de auxiliar de enfermería. Me recibí, y el año 1987 pedí el pase al Hospital de Rawson, ya que me habían otorgado una vivienda en el B° 2 de abril. Seguí trabajando en el Hospital “Santa Teresita”; Vanesa fue incorporada a la Escuela Especial 504, más tarde ingresó al Servicio de Rehabilitación.

Acá en el Hospital, cumplí funciones en el Sector de Clínica Médica, Pediatría, Enfermedades transmisibles, hasta el año 1989, que pedí el pase al Servicio de Rehabilitación como auxiliar de enfermería. Realmente muy contenta de mis logros personales, míos y de mis hijas, hoy Vanesa es grande y está en una Institución, en el INPAT (Instituto Patagónico de Neurociencia). Por la cual, también estamos luchando, ya que quieren sacar a todos los pacientes de la Institución, pero no piensan las autoridades como repercute en los pacientes y sus familias. Yo vivo en Rawson, no sé manejar, y Seros me ofrece enviar a mi hija a Puerto Madryn. Acá en Playa, abrieron una Institución, a la cual me dirigí para que aceptaran a mi hija, pero lo único que recibí de los responsables fueron agresiones.

Yo, como tantas otras madres, somos las que nos enfrentamos con las obras sociales y las Instituciones, defendiendo los Derechos de ellos, ellos son sujetos de derecho, y nosotras somos la voz de ellos, lo hacemos por el amor". (G., entrevista realizada del 23 de octubre del 2020)



Fuente: Elaboración propia

“Le dije a mi viejo que yo quería vivir solo. Así que me propuso hacer un departamento atrás de su casa, un dormitorio, baño, cocina y comedor. Así que me dijo “yo te ayudo, vamos a pagar un albañil y nosotros dos seremos los ayudantes así gastamos menos”, y así fue. Me costó mucho; yo quería abandonar la obra, pero mi viejo dijo “no, señor, todo lo usted empieza debe quedar terminado”. Hoy ya fue, tengo mi hermoso departamento, tengo trabajo... No tengo muchos amigos, solo dos, sí unos compañeros y compañeras de trabajo excelentes. Esto también me sirve a mí de experiencia, hoy con mis 36 años me siento realizado”. (G., entrevista realizada, el 09 de noviembre del 2020)

Se puede reflexionar la vinculación de estas familias con el personal del Servicio, y el evidente agradecimiento que demuestran por el acompañamiento y la fortaleza; da lugar a un lazo que se retroalimenta mutuamente. Las vivencias compartidas dan lugar a

la empatía y el compromiso; y esta capacidad de resiliencia<sup>26</sup> es acompañada por vínculos de solidaridad y comprensión. Una pandemia no frena el sentido de solidaridad y compromiso hacia las PCD y familia que componen el Servicio de Rehabilitación.

### **3.3 Problematicando la situación.**

El Servicio de Rehabilitación del Hospital de Rawson es un área relativamente joven, con sus 32 años de Servicio, si se compara con la creación del Hospital (75 años), y más aún si se lo compara con la ciudad de Rawson (155 años). Esta comparación demuestra que todo lo relacionado con la temática discapacidad no ha sido prioritario. Sin embargo, esta relativa juventud deja un balance positivo: son grandes los avances logrados en materia de discapacidad en estas tres décadas. Sobre todo, en el abordaje de estas situaciones, haciendo énfasis en la calidad de atención y vínculo con las PCD y sus familias.

No obstante, es imposible no problematizar el lugar actual del Servicio en el organigrama institucional. La falta de profesionales específicos, tales como psicopedagogos, neurólogos, licenciadas en Trabajo Social<sup>27</sup>, enfermeras, entre otros; sumado a la falta de materiales para los profesionales actuales, ponen en permanente tensión la labor diaria.

Cuando ingresa una PCD, expone sus requerimientos y necesidades en el formulario de admisión. La demanda es recibida y trabajada por el Servicio, dejando al descubierto la carencia de profesionales fundamentales para dar respuesta según el nivel de complejidad de dicho requerimiento. Es por ello que el abordaje interdisciplinario es necesario, en la vida cotidiana de los sujetos; y específicamente en el momento de recibir un diagnóstico que describe alguna discapacidad. Es sabido que un diagnóstico a tiempo le permite a los individuos y a su familia adquirir herramientas que les permitan mejorar su calidad de vida.

Perpetuando el escenario de carencias que sobrelleva el Servicio de Rehabilitación, el alto nivel de burocracia del sistema administrativo provincial retrasa y ralentiza todo tipo de gestión. En más de una oportunidad, las respuestas llegan tarde – se registra habitualmente tardanza en insumos, prótesis o audífonos–. Se suma la ausencia

---

<sup>26</sup> Marco Teórico. Resiliencia pág. 57

<sup>27</sup> Según Marco Teórico, Trabajo Social pág. 18

de una tráfico con las características necesarias para la población con la que se trabaja, hecho que impacta de manera directa en el desarrollo cotidiano del Servicio, y en la subjetividad de las PCD quienes se ven despojados de un derecho fundamental, la accesibilidad.

El crecimiento poblacional de Rawson permite expresar, a nivel macro, la necesidad urgente de jerarquizar el hospital. Al mismo tiempo se evidencia – aún más gravemente – la necesidad de inversión por parte del Estado en un área tan relegada por las políticas públicas serias y a largo plazo como la discapacidad. Surge en este momento la importancia de reforzar los vínculos intra y extra hospitalarios, a través de las tareas que realiza la asociación Cooperadora, que ha asumido muchas de las responsabilidades Estatales.

La pandemia de COVID-19 no hizo más que sacar a relucir las falencias y ausencias que el sistema tenía ya desde antes –falta de inversión, problemas salariales, ausencia de equipamiento y edificios acordes, entre otros–. La necesidad urgente de afectar a los profesionales médicos y administrativos, además de los elementos de trabajo, a la atención directa e inmediata de la crisis, dejó aún más vulnerable el Servicio de Rehabilitación.

De acuerdo a las entrevistas y demás datos recogidos, se advierte que los vínculos de confianza y empatía entre las PCD, sus familias y el personal que depende del Servicio de Rehabilitación son claros y concretos. No sucede lo mismo con las demás instituciones que se relacionan con el Servicio – que han sido graficadas en el apartado del capítulo III, 3.1 “Conociendo las instituciones que se relacionan de alguna manera con el Servicio de Rehabilitación y con las PCD –.

En el marco del presente trabajo, se entrevistó al director provincial de Atención Integral a la Discapacidad Lic. M.O.

“Los fondos de Nación son bajados a la Subsecretaría de Programas, a la vez ésta destina fondos a la Dirección a mi cargo... fondos que no nos alcanzan para todo lo que implica tener presente, como ya te dije, el banco de ayudas técnicas, todo lo que es equipamiento, los costos son muy elevados. Llevar adelante los consejos provinciales en la provincia también es un costo, y las demandas que recibimos de la población más

necesitada, sin cobertura social, también debemos afrontarla desde la dirección.

Actualmente no estamos realizando ninguna capacitación, ya que nos encontramos en plena pandemia del Covid-19, así que nos manejamos de manera virtual, resolviendo las cuestiones más urgentes.

A nivel nacional participamos como representante, a nivel provincia en las reuniones de la Agencia Nacional de Discapacidad, acá llevamos todos los proyectos que se elaboran a nivel Servicios de Rehabilitación de todas las ciudades y los que a nivel ministerial también se presentan, los que más se presentan son para compras de vehículos estilo tráfico, para los diferentes Servicios. También las capacitaciones destinadas a los profesionales que quieran capacitarse para formar parte del equipo de Junta evaluadora de discapacidad, que funcionan en cada hospital y en los servicios de rehabilitación. Acá a nivel central tenemos nuestra junta evaluadora, donde recibimos las denegatorias, y volvemos a evaluar con otro equipo.

En la dirección está integrada por una terapeuta ocupacional, una médica fisiatra, otra kinesióloga, y tres personas administrativas. Según el organigrama en los equipos de Rehabilitación incluye la figura del profesional en Trabajo Social, pero en la dirección no hay, tiene que mejorar la situación y poder contar con la figura de este profesional en Trabajo Social". (Lic. M. O. Entrevista realizada, 03 de noviembre del 2020).

"Cuando me firmaron el alta, me dirijo a la Dirección del hospital, en donde fui atendido por el director del hospital, el cual me dice no haber recibido, ningún pedido de prótesis a mi nombre, el mismo me acompaña hasta el Servicio Social que tiene su oficina en salud mental. Nos recibe un tal E.G. dice ser jefe de Servicio Social, al mismo le pregunté qué pasaba con mis prótesis, me respondió que al otro día pasaba presupuesto, mi enojo fue grande, porque yo estuve seis meses internado y nadie se movió por mí". (H, entrevista realizada, el 12 de noviembre del 2020)

“No. No me considero discapacitado, sé que a veces me pasan cosas, me cuesta, salir a la calle, no me relaciono mucho, escucho voces... El certificado único de discapacidad me lo otorgaron por tener esquizofrenia desde los 17 años, hoy tengo 36 años. Por esta enfermedad he transitado desde el área psicología, terapia ocupacional, psiquiatría, he pasado por varios especialistas en psiquiatría.

A veces porque pienso que no dan en la tecla con la medicación, y en esos casos tengo crisis, delirios, y las voces son a cualquier hora del día. Por eso me siento como conejito de india, toma esto, no funciona te cambio por esta otra a ver qué pasa, y así transito mi vida. Yo comparo el cambio de medicación como la forma de comprar ropa, me pruebo esto, no me gusta, la cambio”. (G., entrevista realizada, el 09 de noviembre del 2020).

Se puede analizar que las herramientas están creadas institucionalmente para dar respuesta de alguna manera, que se está trabajando de acuerdo a los marcos legales vigentes a nivel nacional, provincial y municipal. Sin embargo, el Licenciado M.O. aclara concretamente que el sustento económico no es suficiente, y que los fondos que envía el estado nacional los absorbe el Ministerio de Salud, que redistribuye entre distintos organismos y la parte que corresponde al Servicio no siempre es suficiente. En la entrevista expresa que se ha naturalizado la falta de medicación o prótesis, que manifiestan les directives del hospital que no hay fondos para solventar los gastos que demanda el tratamiento.

“Hemos cursado y reiterado notas, solicitando la incorporación de una psicopedagoga, queremos armar un equipo que se aboque solo a la atención de TGD, TEA, y otras patologías en el área de discapacidad, que a la fecha, no podemos abordarla de manera interdisciplinaria, también hemos solicitado el ingreso de profesional médico especialista en rehabilitación o en neurología, años atrás trabajaba un médico generalista en neurología, pero se jubiló y a la fecha, no han cubierto la vacante, así también se jubiló la músico-terapeuta, y a la fecha ese cargo está vacante, también a la fecha no contamos con personal de enfermería.

Si contáramos con profesional en Trabajo Social, nos facilitaría mucho al equipo, ya que acá atendemos a PCD, que a veces vienen desbordados, ya sea porque no cuentan con los recursos económicos, y muchas veces familias de muy bajos recursos. Pasa que con las vacantes que se producen a nivel hospitalario, es el Ministerio quien se encarga de dar respuesta. Nosotros presentamos notas, reclamando por la falta de profesionales. Rawson, ha crecido mucho y nuestro Servicio ya no es lo mismo que hace treinta años.” (D., entrevista realizada, 21 de septiembre 2020).

“Tuvimos varias reuniones con los directivos hospitalarios, y a nivel Ministerial, nuestra propuesta ha sido que, con las distintas especialidades con que cuenta hoy el Hospital “Santa Teresita”, les hemos solicitado a las autoridades del Ministerio de Salud elevar la categoría hospitalaria, que de ser Hospital Sub zonal pase a la categoría de Hospital Zonal “Santa Teresita”, cuesta mucho. Siempre es un no de parte de las autoridades”. (N.G., entrevista realizada, 25 de septiembre del 2020)

“Desde que empezó (la pandemia de) Covid-19, no tengo terapia. Me dijeron que se suspendieron las atenciones, que el Servicio estaba cerrado, algo así, y que los kinesiólogos estaban afectados a la pandemia, y de terapia ocupacional no me llamaron nunca. Estamos en casa no salimos, sale mi mamá para las compras y medicamentos, mi hermano y yo, recibimos tareas vía WhatsApp y la realizamos entre los dos”. (S. entrevista realizada, el 02 de noviembre del 2020)

“Las instalaciones del Servicio de Rehabilitación se han cedido para otros consultorios, como por ejemplo área externa, el gimnasio fue ocupado para sala de conferencia y capacitación del personal y profesional en consonancia con la pandemia. Sumado a que no existe programa, ni política de acompañamientos a familiares que transitan la enfermedad, como no existe listado de prioridad para la vacunación del Covid-19”. (M., entrevista realizada, el 10 de enero del 2021).

Los vínculos interpersonales entre el personal que compone el Servicio de Rehabilitación y las PCD y familiares son claros y de mucha motivación. No sucede así a nivel interinstitucional: los trabajadores de las distintas instituciones relacionadas con el Servicio se conocen, pero no se vinculan. El Servicio de Rehabilitación ejerce una presencia activa desde que ingresa la PCD, pero esta presencia se ve limitada en el momento en que la PCD necesita avanzar; estudiar, capacitarse y trabajar. Es aquí específicamente donde queda clara la necesidad de la función de los Trabajadores Sociales.

Por otra parte, dentro de los Servicios que componen el Hospital “Santa Teresita”, también está el Servicio Social, que en la actualidad cuenta con un solo profesional, el licenciado E.G., quien además es el jefe de Servicio Social.

Cada una de las entrevistas realizadas demuestra que faltan acciones concretas. El Servicio de Rehabilitación, en la actualidad y en este contexto de pandemia, ha tenido que ceder sus instalaciones, equipamiento y personal, lo que causó el vaciamiento y desprotección de las PCD que asisten. Todo esto, en conjunto con las problemáticas particulares de cada una de ellas, ha significado un cambio de hábitos. En los relatos se percibe una sensación de desprotección e incertidumbre, tanto para las PCD como sus familiares. El Servicio de Rehabilitación representa en las PCD la posibilidad de conectarse, socializar y de alguna manera sentirse incluidos en los diferentes ámbitos. Es el lugar de fortalecimiento y capacitación para enfrentarse con otros; en resumen, sentirse parte de la sociedad.

Además, la puja política y dirigencias de las distintas instituciones provinciales de las que depende el Servicio, deja en evidencia una vez más que las consecuencias siempre las pagan los sectores más vulnerables. La falta de políticas serias y concretas en cuanto a Salud queda aún más en relieve durante esta pandemia: la readequación del Hospital “Santa Teresita”, y consecuentemente del Servicio de Rehabilitación, no fue más que un cambio de funciones. No fue una reestructuración que mejore la atención durante y postpandemia, sino una rotación de personal, que en todo caso implicó dejar en un segundo plano a las PCD en Rehabilitación.

Como consecuencia de la pandemia, la población más vulnerable, en este caso las PCD asistentes al Servicio de Rehabilitación, han quedado fuera del sistema de salud. Más aún si se considera que muchas familias no cuentan con aparatos ni conectividad para acceder a la atención virtual. Desde el Servicio de Rehabilitación no han tenido en cuenta, ni han generado programas que garanticen la continuidad de los tratamientos.

Otro dato destacable que surge de las entrevistas, y que demuestra cuán abajo están las PCD en la escala social, es que aquellas que asisten al Servicio de Rehabilitación no son consideradas prioridad en la campaña de vacunación contra el Covid-19. Vulnerándose una vez más el derecho a la igualdad y accesibilidad en la atención a la salud. Tal lo establece la CDPD.

## Capítulo IV: Rol del Trabajo Social hacia las PCD

### *4.1. La intervención Profesional del trabajador social.*

Desde la especificidad profesional del Trabajo Social<sup>28</sup> se puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las PCD, más allá de su situación económica y social. Es por ello, que la autora Cristina De Robertis (2005) expresa que, “el Trabajo Social es una profesión de acción que busca transformar las situaciones de las personas con las que trabaja”. No se trata entonces solamente de conocer, de observar o de entender, sino que todo conocimiento, toda comprensión debe servir para construir una acción abocada al cambio. La transformación debe estar orientada por principios que indican cuales son las alternativas deseables, aquellas por las que vale la pena movilizarse.

Es decir, toda la acción del trabajador social está orientada por un ideal, por una concepción del mundo y de la vida en sociedad.

Como las otras profesiones basadas en la relación al otro, el Trabajo Social considera que su intervención está regida por deberes y principios éticos indispensables para la acción. Entonces su concepción del mundo y de los seres humanos es a la vez una construcción personal y colectiva. Personal, puesto que su concepción social y ética lo moviliza y lo orienta; colectiva pues, por un lado, la sociedad ha erigido pautas y leyes para su buen funcionamiento y, por otro, la profesión ha elaborado exigencias y normas deontológicas que todos sus miembros deben respetar.

Por encima de todos ellos y condicionándolos, los derechos humanos, elaborados a nivel internacional, tienen ya una larga historia. Dichos principios internacionales, nacionales y personales forman parte del bagaje del profesional. Ellos son a la vez orientaciones éticas, opciones teóricas y herramientas operatorias. (De Robertis 2005)

---

<sup>28</sup> Según Marco teórico, Trabajo Social pág. 18

La intervención social, dejando de lado las carencias y las dificultades, busca la autonomía de la persona a través de una enseñanza de éxito. Poner a las personas en situación de obtener logros es la mejor manera de asegurar una dinámica, una movilización y un crecimiento personal. El rol de los profesionales en Trabajo Social<sup>29</sup> se transforma entonces en un acompañamiento de la persona, abocado hacia la autonomía personal y social.

Esta mirada integra análisis y reflexión al momento de crear posibles estrategias de intervención. Por ello, se intentará realizar una aproximación al significado de intervención social, para lo cual se tomarán los aportes de Cristina De Robertis (2007), que considera que este concepto es el que da lugar y poder atribuido a los Trabajadores Sociales desde

(...) la intervención colectiva que aspira ayudar<sup>30</sup> a las personas marginados, excluidos, pobres (en una palabra, los dominados).  
(De Robertis, 2007:17).

Esta autora expone que los Trabajadores Sociales consideran lo colectivo que viene dado por la población o conjuntos de individuos que son beneficiarios de la intervención social – familias, grupos, barrios, instituciones – y agrega que, conociendo la dimensión individual de un grupo de sujetos, se permite analizar la intervención colectiva.

Su intervención se inicia desde el primer contacto con la persona: la mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de la escucha, las preguntas planteadas modifican ya algo, cambian la imagen que el usuario<sup>31</sup> tiene de sí mismo y de su entorno, introducen un nuevo elemento en la situación presente. La intervención social se inicia inmediatamente, sin esperar las etapas preliminares de recolección de datos, sin que el trabajador

---

<sup>29</sup> Según Marco teórico, Trabajo Social, pág. 18

<sup>30</sup> Cabe aclarar que, si bien la autora Cristina de Robertis hace mención en que “la intervención colectiva que aspira ayudar a las personas marginadas, excluidas, pobres”, para los Trabajadores Sociales sería “**INTERVENIR**” en vez de “AYUDAR”.

<sup>31</sup> Así mismo la autora anteriormente citada expresa como USUARIO considerándose que sería conveniente usar la palabra “**PERSONA**”

social haya tenido tiempo de conocer a las personas o las situaciones de manera profunda. (De Robertis, 2007:41)

De Robertis explica que la intervención social se da en el momento exacto en el que cada Trabajador Social se pone en contacto con los interesados. El rol de los Trabajadores Sociales no es buscar el diagnóstico, sino que pretenderá reconocer la situación, el intercambio, y que estos sean recíprocos. Prosigue reflexionando que los Trabajadores Sociales no deben centrarse en las cuestiones negativas, sino en las potencialidades, ya sea desde lo individual, familiar e institucional. “Para nosotros, los Trabajadores Sociales es un agente de cambio; interviene en una realidad social cambiante que tiene su propia dinámica, su propia vida. (De Robertis, 2007:57)

Al momento de estudiar el Servicio de Rehabilitación, la mirada de Cristina De Robertis posibilita la reflexión sobre la importancia del Rol de los Trabajadores Sociales en esta institución. El método de intervención colectiva posibilita considerar de qué manera se relacionan las PCD con la institución, y como deben, desde lo individual, fortalecerse colectivamente. Los Trabajadores Sociales, desde que se ponen en conocimiento de la situación ya están interviniendo, por lo que deben poseer la capacidad de trabajar desde la fortaleza de las personas que se relacionan (agentes sanitarios – PCD – familia).

La acción colectiva resulta no solo un concepto más inclusivo analíticamente, sino que reconoce que nuevos actores sociales se empoderan y generan espacios de participación ciudadana más democráticos y con mayor presencia a nivel regional, nacional o continental. La participación social busca potenciar todas las capacidades del ser humano y generar protagonismo de la persona en tanto ser social. La participación social buscará, por lo tanto, fomentar condiciones para generar una intervención plena en la toma de decisiones, en la construcción de proyectos personales y colectivos que generen inclusión social, igualdad y justicia. En suma, las diferentes manifestaciones de acción colectiva generan ciudadanía, se orientan al reconocimiento, respeto, promoción y disfrute pleno de los derechos que tiene la persona.

#### **4.2 Propuestas de intervención del trabajador social.**

En este apartado se desea exponer algunas líneas de acción que serían utilizadas como posibles estrategias de intervención por los Trabajadores Sociales en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”. Para la confección de estas líneas de acción, se trabajó desde el proceso metodológico en la intervención profesional desde

la mirada de Margarita Rozas Pagaza, que se describe a continuación. Dicho proceso cuenta de tres (3) momentos: Inserción, diagnóstico y planificación.

El primer momento, denominado *inserción*, es el acercamiento a la trama social. Consiste en iniciar el conocimiento, a fin de establecer donde se sitúa cada profesional en interrelación e interacción con los actores sociales; permite un primer conocimiento de los sujetos sociales. Para el Trabajo Social<sup>32</sup> es el momento de interrogantes, de reflexión, en cuanto se establece una estrategia de intervención. “El proceso de inserción se va profundizando en la medida que transcurre la intervención profesional” (Rozas Pagaza, 2002:79).

En la presente investigación, el momento de inserción en el cual la tesista comenzó su práctica, fue cuando se preguntó *sobre qué y para qué*; buscó indagar y analizar cómo funciona el Servicio de Rehabilitación y de qué manera se vincula con las PCD. Para ello fue necesario utilizar las diversas técnicas de recolección de datos. Lo más apreciable fue la realización de entrevistas a los agentes de salud, familias, y representantes de las instituciones relacionadas con el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” de Rawson.

Para realizar este apartado resulta necesario analizar la entrevista realizada al Licenciado en Trabajo Social E G<sup>33</sup>. Quien en la actualidad cumple sus funciones como profesional, desempeñándose además como jefe del Servicio Social del Hospital “Santa Teresita”. Así, podremos desarrollar este capítulo desde su mirada profesional. En un primer momento se indagó sobre los inicios del Servicio Social en el Hospital Sub zonal “Santa Teresita”, considerando que el Servicio de Rehabilitación pertenece a esta institución, y de qué manera se vinculan ambos Servicios.

*¿Cómo se inserta el Servicio Social en el Hospital Sub zonal*

*“¿Santa Teresita”, hace cuantos años que funciona?*

“El Servicio Social, en el Hospital “Santa Teresita”, forma parte de los distintos Servicios que cuenta el hospital, que están destinados a brindar atención a la población, particularmente es

---

<sup>32</sup> según Marco Teórico, Trabajo Social, pág. 18

<sup>33</sup> Lic. E G, en entrevista realizada, manifestó que hace más o menos cinco años ingresó al Servicio Social, que en la actualidad cumple dichas funciones como profesional, y es Jefe del Servicio social del Hospital “Santa Teresita”.

un Servicio más. Creo que hace 55 años, pero profesionalizados, más o menos treinta (30) años.” (E.G), entrevista realizada, 10 de diciembre del 2020)

*¿Cuáles son los objetivos y lineamientos del Servicio Social hospitalario?*

“El objetivo es Institucional, esto quiere decir que todos los Servicios Hospitalarios deben garantizar el acceso a la salud de toda la población, teniendo prioridad todas las personas sin obra social. Claro está que, como el hospital cuenta con un Servicio de arancelamiento hospitalario, acceden también todas las personas que cuentan con obra social. Ahora bien, en cuanto a los lineamientos del Servicio Social hospitalario, se trabaja con el fin de brindar un mejoramiento integral con los diferentes Servicios que forman parte de este hospital Sub zonal “Santa Teresita”.

Otra de las líneas de acción es brindar atención en terreno, esto quiere decir llevar el Servicio Social a los diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud, los denominados (CAPS), acá en Rawson, debemos trabajar con el CAPS del Área 16, CAPS Gregorio Mayo, CAPS del B°490, CAPS B° San Ramón, CAPS B Río Chubut, CAPS Área 12 y el Mini Hospital de Playa Unión que atiende a toda la población de Playa Unión, Puerto Rawson, Área 23, entre otros Barrios como ser el Empleados de la Salud, B° 120 Viviendas y otros.

También trabajamos con otros colegas, como por ejemplo la Defensoría Pública, Servicio de Protección de Derechos.” (E. G, entrevista realizada, 10 de diciembre del 2020).

Se puede deducir que es necesario incorporar un Trabajador Social, en el Servicio de Rehabilitación para conformar el equipo interdisciplinario, dado que, en la actualidad, es más bien figurativo. Porque para realizar alguna intervención de alguna PCD no hay un profesional en Trabajo Social<sup>34</sup> para realizar dicha demanda, se debe

---

<sup>34</sup> Según Marco teórico, trabajo Social, pág. 18

acudir al sector de Servicio Social del hospital – a cargo del Lic. G – que, debido al incremento de la población y la gran demanda, no alcanza a dar respuesta a lo solicitado. Es por ello que solo toma intervención en el Servicio de Rehabilitación cuando lo solicita desde la dirección de dicho hospital

Las palabras del licenciado E.G. nos permiten observar que el Servicio Social hace varios años que figura en el organigrama del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”. Esto coincide con lo expuesto en el apartado del Capítulo II: *Conociendo la institución*. Este dato expone que ambos Servicios coinciden en su momento de creación y profesionalización. También en que uno de los objetivos primordiales es garantizar el acceso a la salud de toda la población y en la manera que buscan articular medidas o trabajos, con diversas instituciones.

A continuación, E.G. añade que actualmente es el único profesional en Trabajo Social y a cargo del Servicio Social manifiesta que es difícil coordinar en soledad.

“Es necesario incorporar más Trabajadores Sociales. Debemos intervenir en la demanda de cada uno de los Servicios que conforman el organigrama hospitalario, además de los CAPS, además de las instituciones que solicitan, como así también la demanda espontánea que surge día a día. Es necesario contar con un trabajador social para tener como mínimo un en cada uno de los Servicios.

He intervenido en el Servicio de Rehabilitación, en algunos casos, en donde me solicitaron intervenir. Pero no conozco el funcionamiento, ni los proyectos que elabora dicho Servicio. Claro que considero necesaria la incorporación de un trabajador social, en el equipo interdisciplinario de Rehabilitación y más, con conocimientos en las diferentes problemáticas de discapacidad que es una gran parte de nuestra población; que necesita asesoramiento integral de sus derechos, atención, contención, y un abordaje integral.” (E.G, entrevista realizada, el 10 de diciembre del 2020)



Figura 6: Cuadro de los Trabajadores Social y los Servicios con los que se Involucran. Fuente de elaboración propia.

Continuando con el análisis de entrevistas, fue necesario conocer a la Licenciada en Trabajo Social F. V, responsable de evaluar las encuestas que realizan a las personas que solicitan o tienen algún beneficio, dependiente de la Subsecretaría de la familia, Municipalidad de Rawson.

*¿Usted realiza un trabajo en redes con otras instituciones ejemplo el Servicio de Rehabilitación dependientes del hospital Sub zonal "Santa Teresita"?*

"Sí, claro, siempre trabajo de manera articulada con diferentes instituciones, según cada situación que se presenta. Nos comunicamos y planificamos según la situación, con el hospital siempre, con el Servicio de Rehabilitación, equipos de escuelas especiales, defensoría de familia, Servicio de protección de derecho de niño/a y adolescentes, entre otras". (Lic. V, entrevista realizada, el 11 de diciembre 2020)

Se puede observar que las áreas se van relacionando entre sí, tanto el Servicio de Rehabilitación como las áreas de la Subsecretaría de Familia de Rawson, y a su vez se conectan con otras instituciones.

En la actualidad, hay que mencionar también la influencia de la pandemia de Covid-19, situación en la cual el sistema de salud es una parte fundamental de la lucha y de la contención de los habitantes de Rawson. La consecuencia directa de esta situación fue la reorganización del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita”, junto con los demás sectores del nosocomio.

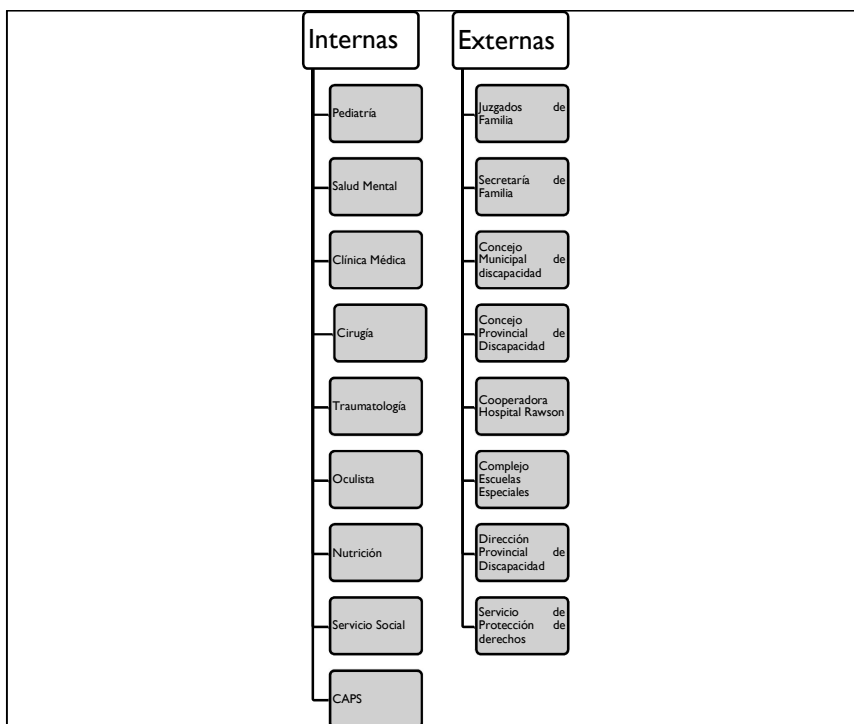
El segundo momento del proceso metodológico es el *diagnóstico*. “Es un momento de síntesis de conocimiento que se inicia en la inserción y fundamentalmente la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención” (Rozas Pagaza, 2002:84). En este período se resume y se fundamenta, desde un marco teórico, la realidad de las PCD que concurren al Servicio de Rehabilitación para satisfacer sus necesidades. No se puede dejar de lado que la discapacidad es una manifestación de la cuestión social, que pertenece a grupos sociales excluidos y vulnerables.

El Hospital “Santa Teresita” y todas sus dependencias están abocados al Servicio de la comunidad. Ahora que el Covid-19 modificó la vida social, también afectó el funcionamiento habitual de la institución, teniendo que poner todo el recurso humano y material a disposición del cuidado y prevención de la comunidad. En esta reorganización, el Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” debió ceder sus instalaciones y recursos humano y material. De esta manera, se dejó sin acompañamiento a las PCD que concurrían diariamente al Servicio para su rehabilitación.

Alfredo J. M. Carballeda en su artículo “Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de pandemia de Covid-19” (2020), permite reflexionar que los Trabajadores Sociales tienen la capacidad, en la urgencia, de adaptarse y generar estrategias de intervención. “Los Trabajadores Sociales sabemos que, como toda enfermedad, el Covid-19, es una enfermedad social, es decir no puede ser pensada solo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos.” (Carballeda, 1:2020).

Es por ello que se expone a continuación un gráfico que muestra las áreas e instituciones con las cuales se vincula el Servicio de Rehabilitación del Hospital Subzonal de Hospital “Santa Teresita”. Se puede observar también que hay dos formas de vinculación, interna y externa:

Figura 7: Áreas internas del Hospital “Santa Teresita” e Instituciones Externas, con las que se vincula el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita”



Fuente: elaboración propia.

Como se visualiza en la Figura N.º 6, el Servicio de Rehabilitación trabaja tanto con áreas internas del hospital Sub zonal “Santa Teresita”, como con áreas externas, pertenecientes a instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Esta comunicación es difusa, dada la escasez de recursos humanos y materiales, situación que se acentuó en esta época de pandemia. Además, hay un evidente desmantelamiento del Servicio en pos del bienestar de la población general, sin priorizar el bienestar de las PCD que hacen uso del Servicio de Rehabilitación.

Otro punto que se desprende de las entrevistas es que la escasez de recursos profesionales, específicamente en el sector de Trabajo Social<sup>35</sup>, debilita la atención que pueda prestar el Servicio, teniendo en cuenta la amplitud de trabajo e intervención que requiere la comunidad. Resulta acorde citar la reflexión de la Lic. Ana Brule, (1996), en el libro *Trabajo Social Hospitalario. Práctica y quehacer profesional*, en el capítulo *Servicio Social: Lineamientos de trabajo en un hospital de alta complejidad*.

<sup>35</sup> Según Marco Teórico, Trabajo Social, pág. 18.

La práctica de nuestro Trabajo Social se ubicó en esta primera etapa en un terreno complejo donde se mediatiza los intereses de la Institución y la necesidad de los pacientes y de sus familias, siendo así el portavoz<sup>36</sup> voz de las necesidades comunitarias ante las instituciones y de los recursos de estas ante las comunidades, orientando hacia el pleno uso de los mismos. (Brule, 1996:17)

De este párrafo se desprende la reflexión de que el Trabajo Social <sup>37</sup>hospitalario se relaciona desde los intereses propios institucionales – en este caso del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” – y desde les PCD y familiares. Queda claro que el Trabajador Social es un intermediario entre las instituciones y las PCD para garantizarle sus derechos; desde una intervención profesional que le permite esta función entre muchas otras, como buscar alternativas o estrategias metodológicas que permitan una labor coordinada, no solo con la institución a la que pertenece, sino con otras instituciones relacionadas.

Se evidencia también que el rol profesional implica lograr un abordaje integral, que permita de alguna manera ubicarnos en la institución como parte actora. Claro está, en el caso estudiado, que la institución cuenta con un solo profesional, que debe brindar atención a todas las áreas hospitalarias, sumados los centros de salud de Rawson. Dicho trabajo para hacer supera su capacidad humana. El mismo Trabajador Social reseña que no interviene activamente en los casos del Servicio de Rehabilitación, a excepción de cuestiones específicas, cuando es requerido.

Teniendo en cuenta que la discapacidad es una manifestación de la cuestión social, que afecta a grupos sociales excluides y vulnerables; y que una gran parte del personal del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Santa Teresita” se encuentra abocada a la situación sanitaria actual, y también el recurso material; las PCD que fueron entrevistadas para la presente investigación sienten el abandono institucional. Es el Estado, a través de sus políticas públicas, el que debe garantizar y resguardar el bienestar de la salud de toda la población, sobre todo de la población más vulnerable.

Desde el acervo profesional, la correlación existe entre conocer y reconocer las diversas problemáticas que se pueden presentar en la práctica profesional, incluso desde

---

<sup>36</sup> En relación a la autora Ana Brule, quien manifiesta como “portavoz”, no se corrige debido a que es cita textual.

<sup>37</sup> Según Marco Teórico, Trabajo social, pág. 18

el primer momento de inserción y diagnóstico. Este conocimiento adquirido se va construyendo, fortaleciéndose desde un marco teórico que permita el análisis y la reflexión, que darán lugar al diagnóstico y a la planificación.

Un correcto diagnóstico permitirá una *planificación estratégica*. Esta tercera parte del proceso (...) “está orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad.” (Rozas Pagazas, 2002: 89-90). La planificación, entonces, está íntimamente ligada a la toma de decisiones. Debe ser confeccionada teniendo en cuenta a las PCD y la manera en la que se relacionan con las instituciones que forman parte de su cotidianidad.

Donde las personas tienen una demanda, entendida como necesidad, se dará lugar al objeto de intervención del Trabajo Social. Es a partir de esta planificación estratégica que los Trabajadores Sociales podrán coordinar, accionar, ordenar posibles acciones.

Asimismo, se entiende que tanto el diagnóstico como la planificación pueden estar en continua transformación, dada la complejidad de los actores. Las instituciones se conocen, pero hay una falta de comunicación e interrelación para poder unificar criterios de trabajo, y que la respuesta no sea para una sola persona. Es por ello que se necesita generar un espacio de charla, debate y formas de intervención y acompañamiento entre las instituciones relacionadas con el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” y quienes asisten al mismo.

Es por ello que el licenciado E.G. deja entrever la necesidad de incluir Trabajadores Sociales – dada la demanda de la población – para que sea parte del equipo interdisciplinario del Servicio de Rehabilitación, de manera tal que permita un trabajo en conjunto con los demás Servicios y las áreas externas. Desde la intervención profesional, la inserción de Trabajadores Sociales como orientadores, facilitadores y planificadores del proceso de elaboración y toma de decisiones, es clave para lograr los objetivos planteados.

Alfredo Carballeda, en su artículo “Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de pandemia de Covid-19” (2020), explica que, desde una mirada micro social, la pandemia se manifiesta como una variación de la vida cotidiana, teniendo en cuenta las diversas medidas de cuidado de la población (aislamientos, restricciones de circulación, asistencia directa e indirecta, etc.). Para realizar la intervención social, la transversalidad permite el trabajo en conjunto con otros sectores que son parte de la

comunidad, dejando en claro la necesidad de profesionales en el Trabajo Social<sup>38</sup>, en las diversas áreas en las cuales se trabaje con individuos en situación de vulnerabilidad social.

Siguiendo con los diferentes momentos por los cuales transita esta investigación, la tercera instancia es la *de la planificación*. Este es el resultado obtenido, una vez articulados y analizados los dos momentos anteriores, *inserción y diagnóstico*. La planificación consiste en llevar a cabo un conjunto de acciones, gestionar y desarrollar proyectos que estén orientadas hacia la problemática planteada. Es necesario que los actores sociales estén inmersos dentro del proceso de planificación, ya que ellos son quienes poseen los conocimientos y vivencias más significativas. (Rozas Pagaza, 2002:90).

Para lograr una planificación estratégica, contemplada desde el acervo profesional del Trabajo Social, se dividirán las tareas en tres posibles etapas:

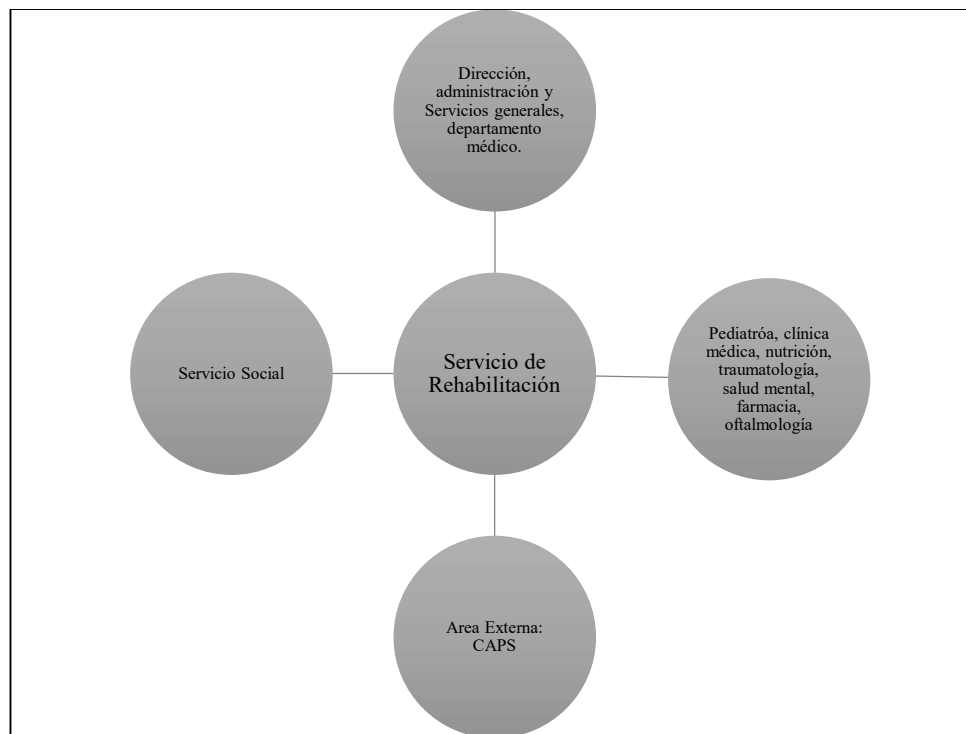
- En la primera etapa: Se procede a situarse en el Servicio de Rehabilitación, en donde llevará adelante la intervención profesional como agente de salud, vinculándose con las PCD, familias y el personal del Servicio. Aquí desarrollará todas las incumbencias específicas del Trabajo Social.
- En la segunda etapa: permitirá el diseño de posibles estrategias de trabajo en conjunto, aunando criterios, recursos humanos y material necesario.
- En la tercera etapa: coordinar acciones atendiendo las demandas de las PCD que requieren el acompañamiento y orientación del Trabajador social.

Una vez definidas estas etapas, será posible direccionar de qué manera se intervendrá. En *la primera etapa de la planificación*, se deberá establecer y agilizar la comunicación entre las diferentes áreas internas relacionadas al Servicio de Rehabilitación y sus familias. Es por ello que en este momento se delimitará cuáles son las áreas con las cuales el Servicio de Rehabilitación se vincula, y de qué manera lo hace. El siguiente gráfico expone tales relaciones.

---

<sup>38</sup> Según marco teórico, Trabajo Social, pág. 18

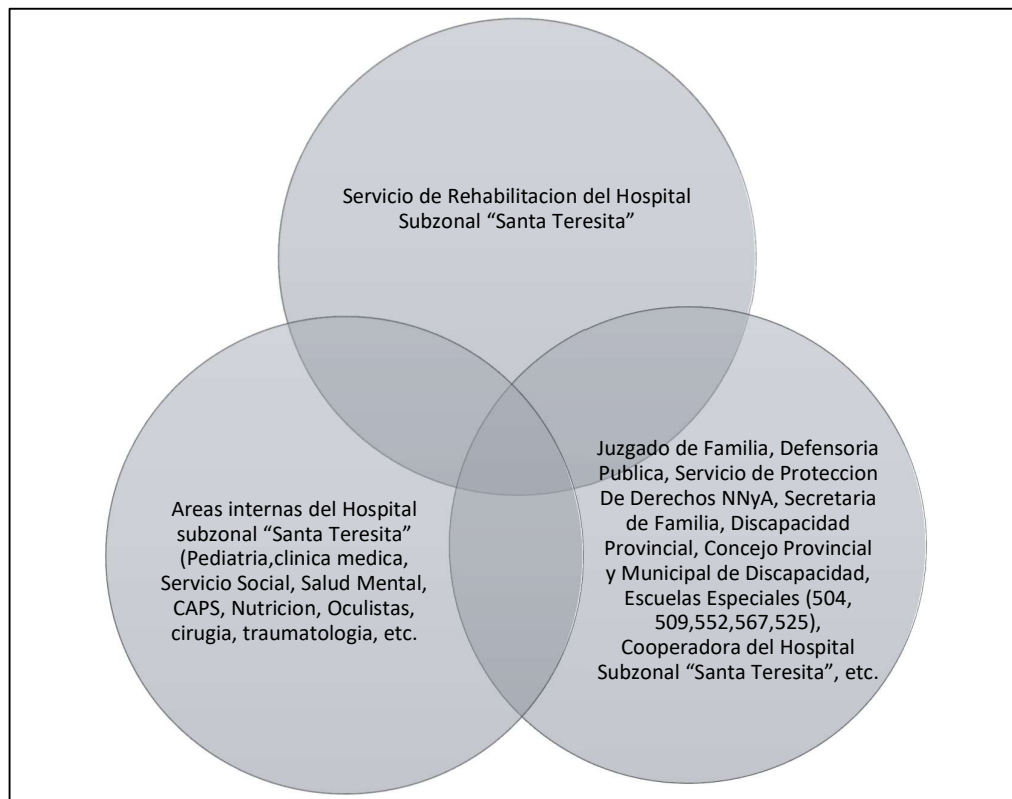
Figura 6 Con qué áreas internas del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” se vincula el Servicio de Rehabilitación



Le Trabajadore Social confeccionará y contará con una agenda de reuniones, que le permitirá reunir información pertinente para avanzar con los objetivos propuestos que favorezcan y fortalezcan el trabajo al equipo interdisciplinario del Servicio de Rehabilitación; y a las demás áreas pertenecientes al Hospital Sub zonal “Santa Teresita”. De esta manera, podrá reconocer cuáles son los recursos institucionales con los que cuenta, para poder lograr una tarea acorde que les permita satisfacer la demanda-necesidad de las PCD.

A partir de haber avanzado con la primera etapa, se podrá progresar en la planificación de la *segunda etapa*, que consistirá en unificar criterios y el vínculo del Servicio de Rehabilitación con las instituciones externas, es decir con aquellas organizaciones que se relacionan con el Servicio o familias que asisten al mismo.

Figura 7 Vínculos que interactúan entre los diferentes actores



Si observamos la figura anterior, el Servicio de Rehabilitación se relaciona internamente con áreas que pertenecen al Hospital Subzonal "Santa Teresita" y con áreas externas, que dependen de otros organismos. Como se ha mencionado en el apartado anterior, para llevar a cabo la propuesta de intervención social es necesario trabajar en la comunicación y red de apoyo institucional, interna y externamente. Esto permitirá formar cualquier proyecto en el cual estén implicadas las personas que, de alguna manera, se relacionan con este Servicio.

Es por ello que los Trabajadores Sociales deberán utilizar diferentes estrategias de intervención que le permitan generar una agenda de recursos interinstitucional y con organizaciones intermedias no gubernamentales (Asociación Cooperadora del hospital, ONG, etc.). Para ello generará reuniones de trabajos, de manera presencial o virtual de acuerdo a la situación, grupos de WhatsApp, etc.

Logrado esto, se pasará a la *tercera etapa: de la planificación estratégica*. En un primer momento el Trabajador Social deberá identificar tipo de discapacidad, realidad social y familiar, edad, género, identidad, nacionalidad, ubicación geográfica, etc. Para ello, deberá utilizar las diferentes técnicas de recolección de datos: la observación

participante y la entrevista, e instrumentos tales como guía de entrevistas, y fichas de admisión, que permitan conocer la población que utiliza el Servicio de Rehabilitación.

Es por ello que le Trabajadore Social en el ámbito hospitalario, más precisamente en el Servicio de Rehabilitación, propondrá actividades mediante la modalidad Taller, contando con un espacio en el cual las familias y PCD que asisten al Servicio se reúnan para interactuar con otras personas que atraviesan el mismo proceso de discapacidad, para fortalecerse y enfrentar los desafíos. Será un espacio donde se pueda articular y reflexionar sobre experiencias que les ha tocado vivir.

#### **4.3 Propuestas de intervención, visualizando los talleres y el Servicio de Rehabilitación y las PCD.**

Teniendo en cuenta que la especificidad del Trabajo Social<sup>39</sup> se impregna de su desempeño ligado a lo humano en su práctica, al estar cerca de lo sensible, lo cotidiano, la interrelación de individuos y grupos en el escenario social, sus condiciones y determinaciones, se propondrá que le Trabajadore Social coordine el trabajo mediante la realización del proyecto con modalidad Taller, con el objetivo de brindar herramientas teóricas y prácticas, buscando promover un mejoramiento en la calidad de vida de las PCD.

El Trabajo Social como profesión está en permanente construcción y modificación, de acuerdo a los desafíos que plantea la realidad. Las intervenciones en el campo de la discapacidad se sustentan en el modelo social y, específicamente en el ámbito de la salud, el marco teórico – metodológico que brinda soporte es el paradigma de la Atención Integral, que considera la mirada integral de la PCD a partir de la situación particular de cada individuo en todas las áreas de su vida. Esto requiere también que el medio físico y social se debe adaptar a las PCD. La máxima expresión de este paradigma es la “Convención Internacional de los Derechos de las PCD”, a la cual Argentina adhirió a través de la Ley N° 26.378 (Año 2008).

Como primera premisa se reconoce la importancia de le Trabajadore Social para generar grupos y equipos de trabajos, debido a que posee las herramientas y conocimientos para seleccionar la correcta articulación y vinculación en diversas tareas,

---

<sup>39</sup> Según marco teórico, Trabajo social, pág. 18

para obtener un intercambio fluido y seguro con otras disciplinas. Por la importancia de la Ley del Trabajo Social y sus incumbencias, en el Art. 9 de dicha Ley<sup>40</sup>, nos da las herramientas para que le Trabajadore Social logre efectuar su intervención y como así también poder integrar un equipo interdisciplinario.

- Orientar, asesorar, informar a las PCD y familia sobre los recursos institucionales y comunitarios.
- Coordinar en forma activa en las distintas instancias de presentación de Proyectos Institucionales, que se relacionan con la discapacidad.
- Formación y conformación de un equipo itinerante en Rehabilitación Basado en la Comunidad con los profesionales que conforman el Servicio de Rehabilitación. Dicho proyecto se basaría en la atención y detección de personas que presenten discapacidad en las distintas localidades ubicadas en el interior de nuestra Provincia.
- Establecer pautas para incluir, dentro del Servicio de Rehabilitación, un área que permita brindar diversos talleres de oficios de utilidad para las PCD, por ejemplo, de cocina, reciclado, herrería, carpintería, albañilería, pintura, etc. Así como también la orientación y asesoramiento a la PCD sobre la obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD); sobre los beneficios que le competen a su persona, y a su grupo familiar, cómo realizar el trámite, cuáles son los requisitos, etc.
- Realizar reuniones con la Asociación de la Cooperadora del hospital y el Servicio de Rehabilitación, con PCD y familiares, requiriendo de su colaboración para equipamiento de los materiales necesarios, para la implementación de los talleres indicados.
- Implementar un programa informático que permita visualizar y tener referencias y localización de forma rápida de la ciudad de Rawson, Playa Unión y Puerto Rawson, de las familias y PCD.
- Efectuar una agenda de actividades con les Licenciades en Trabajo Social que trabajan en diversas dependencias del Estado y se relacionan con el Servicio de

---

<sup>40</sup> Según Marco teórico, categoría marco Legal, Ley 27072 del Trabajo Social y sus incumbencias Art.9 pág. 60

Rehabilitación, de tal manera que se puedan unificar criterios para un mejor abordaje sobre la problemática de las PCD.

- Participar en acciones sobre problemáticas sociales, especialmente sobre discapacidad.
- Informar, concienciar, sensibilizar y capacitar a la comunidad en temáticas de inclusión social, laboral para lograr su participación responsable en la problemática de discapacidad.
- Promover y fortalecer todo trabajo que potencie redes sociales.
- Participar en las diferentes instancias de trabajo teniendo en cuenta la situación sanitaria.

Como segunda premisa, es a partir de lo analizado en el presente trabajo, que se ha considerado trabajar en forma de Taller con las familias y las PCD, tratando de describir de qué manera se vinculan entre ellos y la institución. Claro está, como se explicó en el apartado *4.2 Hacia una posible estrategia de intervención*, que resulta necesario conocer de qué manera se relaciona el Servicio de Rehabilitación interna y externamente, con las diferentes áreas u ONG. La ejecución de este diagnóstico permitirá diversas estrategias de intervención. A continuación, se justificará la importancia de incorporar y desarrollar propuestas de intervención con la implementación de diferentes talleres de inclusión. Asimismo, las incumbencias del Trabajo Social<sup>41</sup> y la especificidad del mismo, permite al profesional realizar su intervención tanto a nivel interno de la institución como también a nivel externo.

### ***Taller “Para la inclusión social”***

#### **Fundamentación**

Considerando la actual pandemia de Covid-19, la cual irrumpió en forma abrupta en el Servicio de Rehabilitación, dependiente del Hospital Sub zonal Santa Teresita; el mismo se vio afectado en sus funciones habituales, debiendo asignar a todo su personal a otras tareas de atención, aunque igual mantenía un contacto estrecho con la comunidad.

---

<sup>41</sup> Según marco teórico, Ley del Trabajo Social y sus incumbencias pág., 60

A través de la implementación de los talleres, le trabajadore social coordinara y llevar adelante dicho taller de inclusión social con les sujetos con discapacidad y las familias. También les asesore sobre el conocimiento de sus derechos y cuáles son las instituciones u organizaciones intermedias que trabajan con la misma temática, sin perder la mirada en las intervenciones dentro del hospital y las demanda que surjan desde las instituciones intervinientes.

De acuerdo con la autora Cristina De Robertis (2007) en *La intervención colectiva en Trabajo Social. La acción con grupos y comunidades*, la intervención social se da en el momento exacto en el que les Trabajadores Sociales se pone en contacto con les interesados. El rol de les Trabajadores Sociales no es buscar el diagnóstico, sino que pretende reconocer la situación, el intercambio, y que estos sean recíprocos. A partir de esta intervención, lo que se pretende es conocer cómo las PCD se vinculan entre ellos y con la institución, permitiendo de esta manera detectar la figura de apoyo. De esta manera, se logra fortalecer y trabajar desde el conocimiento de sus derechos.

#### **Objetivo General:**

- Conocer de qué manera se relacionan las PCD con sus familiares, comunidad y el Servicio de Rehabilitación.

#### **Objetivos específicos:**

- Detectar cuáles son las figuras de apoyo.
- Describir de qué manera se vinculan con el Servicio.
- Brindar información en forma sistemática, que permita a la PCD a transformarse en un sujeto pleno de derecho.

Para realizar una de las técnicas, se utilizó lo planteado por Laura Vargas y Graciela Bustillo (2010) en *Técnicas participativas para la educación popular, Tomo II*.

#### **Metodología y técnica de trabajo**

A través de la modalidad Taller y utilizando diferentes técnicas participativas, se intentará trabajar con les diferentes actores (familias, PCD, empleados, etc.), en busca de identificar la dinámica familiar e institucional y de qué manera se relacionan.

- Se utilizará la técnica del cubo. El objetivo es analizar las diferentes actitudes, estilos y métodos de organización familiar.

- Durante la actividad inicial se tratará de enfocar la atención les sujetos, tratando de estimular su participación.
- El segundo momento: el desarrollo. Se orienta y se guía les sujetos en la elaboración de conocimientos. Se le guía para que adquiera la información por sí mismo, y que lo vaya llevando a cierto nivel de comprensión.
- Por último, la síntesis. Acá es posible implementar cierta guía de trabajo o actividades que permitan a la PCD volver a trabajar sobre determinados elementos, que le permitan realizar ciertas reelaboraciones.
- Mediante el taller cada participante se transforma en un sujeto activo de su propio aprendizaje.

#### Contenido:

- Se intenta con esta técnica lograr el reconocimiento de métodos de trabajo familiar y de qué manera se estructura su organización.
- El contenido es dinámico, dependerá de los deseos, motivaciones y necesidades de los participantes, dependiendo del contexto actual.

#### Participantes:

- Familias y PCD.

#### Materiales:

- Sala del Servicio de Rehabilitación
- Una bolsa con cinco cartoncitos
- Una bolsa con tijeras
- Una bolsa con una regla y lápiz
- Una bolsa con pegamento
- Una bolsa con un modelo para hacer un cubo de 10 X 10, de un color diferente al resto de los cartoncitos.

Se debe calcular la cantidad de juegos de bolsas necesarios, según el número de participantes por grupo familiar. De no haber grupo familiar, participarán como observadores y escribirán lo que observen a través de la dinámica (puede acompañar personal del Servicio, de ser imprescindible).

#### Desarrollo:

Se hace un círculo con todos los participantes y se reparten las bolsas al azar, dando la orden de no ver el contenido hasta que se señale. Quien coordine explicará que la dinámica consiste en que cada participante elabore un cubo (que será su cubo). Como

faltan piezas, deberán entre todos colaborar en el armado de los cubos, prestándose los elementos.

Luego surgirán preguntas tales:

¿Cómo se dan las relaciones humanas entre la familia?

¿Por qué se dan así?

¿Cómo se distribuyen las tareas?

¿Qué grado de participación se tiene en la toma de decisiones?

¿Cuáles son los roles, de cada integrante del grupo familiar?

La utilización de esta técnica permitirá observar y analizar la dinámica familiar, identificar roles y tutores o responsables de la PCD, siguiendo los conceptos trabajados en el marco teórico de la presente tesis. Los talleres no solo se realizan con la intención de informar. Más bien, aspiran a empoderar a la PCD y a su entorno cercano y figuras de apoyo sobre sus derechos, de modo tal que le permitan transitar su proceso de la mejor manera posible, en el cual pueda ser protagonista principal en la toma de decisiones que refieren a su salud integral. Esto se hace posible si pensamos en el sujeto poseedor de conocimiento verdadero de sus derechos, que lo transforma en un sujeto pleno y activo de la sociedad.

Para dar cierre este capítulo; es factible reflexionar que, desde la práctica profesional, se procura actuar desde una mirada integral, teniendo en cuenta los diversos enfoques y principios de los Derechos Humanos, de manera que resulte una intervención desde un ejercicio pleno de los mismos. La práctica, desde el Trabajo Social, está orientada a partir de un conjunto de procedimientos y direccionada por la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072<sup>42</sup>. Se entiende que en el acervo profesional se busca el conocer a otre lo que permite un diálogo y retroalimentación, tanto de profesionales como de las PCD que concurren al Servicio.

Es por ello que, como Trabajadores Sociales, se busca, desde la intervención social, reflexiones claras, que permitan estrategias de intervención. Se trabajará con PCD de manera individual, familiar, colectivamente y en comunidad, la cual es dinámica y está en continua transformación, dando lugar a un diagnóstico abierto. El diagnóstico se va modificando de acuerdo a la realidad y las necesidades presentadas por los actores

---

<sup>42</sup> Según marco teórico, marco legal, Ley del Trabajo Social y sus incumbencias, pág. 18

sociales. Desde el Trabajo Social<sup>43</sup> se pretende intervenir esta diversidad de manifestaciones, en el diseño, asesoramiento, ejecución y evaluación de políticas públicas, que permitan el buen funcionamiento, que den respuesta a los sujetos y familias que asisten al Servicio de Rehabilitación del hospital sub “Santa Teresita”.

---

<sup>43</sup>Según marco teórico, Trabajo Social, pág. 18

## Conclusiones

A modo de conclusión y finalizando el proceso de investigación relacionado con el Trabajo Social, algunas especificaciones sobre la realización de la tesis titulada “Personas Con Discapacidad desde una mirada del Trabajo Social, con perspectiva de género, en el Servicio de Rehabilitación “Hospital Subzonal “Santa Teresita” de Rawson – Chubut”

El presente trabajo de investigación se inició en el año 2017, con un corte temporal por razones de salud de la tesista, retomando nuevamente en el año 2019. Realmente significó un desafío, dado que quien escribe se desempeña en dicho Servicio desde su creación. Uno de los mayores obstáculos fue conocer tanto la institución. Aun así, se logró separar este conocimiento previo y lograr un trabajo de investigación objetivo, que permita el crecimiento y fortalecimiento de los diferentes actores que hacen a la institución.

El proceso de investigación, desde la elección de la temática, permitió llevar adelante un trabajo que a nivel personal era un sueño desde siempre. Sabido es que el Trabajo Social piensa a la investigación como una actividad de búsqueda permanente del saber y de dar respuestas a ciertas preguntas. El Trabajo Social profundiza en los campos problemáticos relacionados a las dimensiones que refieren a la relación los sujetos y sus necesidades (Rozas Pagaza, 2002).

Se entiende que la familia es una construcción histórica y social, es dinámica y continuamente sufre transformaciones, de acuerdo al nivel económico, cultural, político y social. Es a partir de esta estructura y sus modificaciones, en un sistema social de relaciones, que los sujetos se integran y se vinculan. Como primera institución, la familia sentará las bases que le permitirán a los sujetos identificarse con un grupo. El sentido de pertenencia le dará sentido como familia. La discapacidad será una característica determinante y distintiva, de acuerdo al lugar que ocupa cada individuo en una sociedad capitalista.

Continuando con este análisis de familia, una de las primeras reflexiones a las cuales se arribó, es que desde el momento que cuenta con un integrante con discapacidad, la familia debe reorganizarse. Es la mujer responsable del cuidado de los sujetos que padece una discapacidad, dejando bien marcados los roles de género. En las diversas entrevistas, surgió esta división de roles, haciendo evidente la condición de mujer – madre – cuidadora, y dejando en claro que las estructuras patriarcales son las que establecen, ordenan y organizan la familia.

Siguiendo con el estudio, se deja en claro que el término discapacidad fue evolucionando a través del tiempo, adquiriendo diversos matices de acuerdo a los distintos contextos históricos sociales. La concepción primaria, que implicaba una mirada caritativa o de lástima hacia la PCD, fue avanzando, hasta llegar al modelo actual. Se reitera el análisis realizado sobre los aportes de la Dra. Agustina Palacios, quien identifica tres modelos de la discapacidad: la prescindencia, el modelo rehabilitador, y el modelo social. Este último paradigma es el que está más vinculado a los derechos humanos: se fortalece desde el respeto, la igualdad y la libertad de las personas. Desde una perspectiva inclusiva, pretende que las PCD puedan vivir con la mayor autonomía posible.

Siguiendo a Robert Castel, asumimos la discapacidad como una manifestación de la cuestión social, integrando uno de los grupos sociales más vulnerables y excluidos. Castel, en *La metamorfosis de la cuestión social* (1997), realiza una distinción de estados en los que puede encontrarse una persona, en función de la situación laboral. Caracteriza las diversas zonas de cohesión social, y las identifica en tres categorías: integración, vulnerabilidad y exclusión o desafiliación. La mayoría de las personas que padecen discapacidad se encuentran en la zona de vulnerabilidad o en zona de exclusión.

Seguidamente realizamos el recorrido histórico por la institución y sus transformaciones a través del tiempo. Podemos decir que lo mismo ha sucedido con la cantidad de personas que asisten en la actualidad, por diversos factores, pero sobre todo porque las PCD ya no se quedan encerradas, sino que ellos (o sus familias) salen a buscar ayuda para mejorar sus condiciones de vida. Durante la pandemia de COVID-19, el Servicio de Rehabilitación sufrió una reestructuración, en la que los profesionales y empleados fueron asignados a cumplir otras funciones. Esto dio lugar al abandono de las PCD que asistían diariamente y en forma normal para continuar con su rehabilitación.

A partir de los datos recolectados y su posterior análisis, se puede arribar a la reflexión de que, a pesar de las diversas situaciones que deben pasar las PCD y sus familias; al final son ellos quienes quedan en situación de abandono por parte de la institución. Por ello no solamente se intentó describir la problemática a través de esta investigación, sino también abordarla en forma directa a través de la implementación de los talleres de información y difusión sobre los derechos de las PCD. Resulta evidente que “el Estado se encuentra “ausente” en la implementación de políticas públicas sociales y como parte de esto, existe reducción del presupuesto disponible, comenzando por el gasto en inversión y siguiendo con los gastos de operación.” (Aquin, 182: 2008).

Cabe destacar que, desde el Trabajo Social, se piensa a la investigación como una actividad de búsqueda del saber, de dar respuestas a algunos interrogantes. La investigación no se reduce a la aplicación de un instrumento o a la simple observación de un suceso, se debe profundizar en los diversos campos problemáticos relacionados a las dimensiones que se refieren a la relación sujeto – necesidad (Rozas Pagaza, 2002).

Continuando con las elucubraciones finales, se entiende que las diversas situaciones condujeron a que todas estas personas, que presentan distintas dificultades a raíz de la discapacidad, que asisten al Servicio de Rehabilitación perteneciente al Hospital Sub zonal “Santa Teresita” se vieran afectadas totalmente. Desde el inicio de la pandemia, no recibieron ningún tipo de atención, en completa contravención de sus derechos, si se tiene en cuenta la Convención de las PCD - Ley 26378 –que establece la implementación de diversas políticas públicas, en pos del bienestar de las PCD, procurando la igualdad y equidad.

Teniendo en cuenta las diversas entrevistas y sobre todo al profesional de Trabajo Social, quedan expuestas las falencias del recurso humano profesional en las temáticas sociales. Hay un solo profesional en Trabajo Social para todo un Hospital, teniendo en cuenta la situación de pandemia; siendo que las personas que son requirentes del Servicio de Rehabilitación siendo una población vulnerable, generando un abandono institucional. En la misma sintonía, cuando se entrevistó a la Lic. V, perteneciente a la Dirección Municipal de Discapacidad, manifestó la misma problemática, siendo la única Trabajadora Social del Municipio para toda la ciudad de Rawson. Considerando que las familias que acuden al Servicio son las mismas que se acercan a la Dirección de Discapacidad ante la falta de recursos económicos y sociales, se evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentran y la exposición a contraer el virus COVID-19.

Desde el Trabajo Social, partiendo de una mirada humanística, la PCD es ante todo persona, y, por lo tanto, sujeto de derechos. Este debe recibir una atención acorde a sus necesidades. Para ello, se debe trabajar transversalmente. En el caso del Hospital “Santa Teresita” de Rawson, vinculando todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que hacen a la comunidad.

En la actualidad, el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sub zonal “Santa Teresita” se encuentra brindando nuevamente la atención integral a las PCD que concurrían previo a la emergencia sanitaria, tomando todas las medidas de protección necesaria para el personal de su dependencia. Las mismas medidas corren para las PCD. Como medida de prevención y cuidados personales se procedió a la vacunación a la

totalidad del personal que se desempeña en el ámbito de la salud, y en la actualidad se está procediendo a vacunar a las PCD que son también personas de riesgo.

Para incrementar la atención a las PCD que no pueden concurrir al Servicio de Rehabilitación por no contar con medios de movilidad se ha afectado una unidad tráfico, la cual fue adaptada para el traslado de las PCD.

En esta línea, los futuros Trabajadores Sociales deberían tener la posibilidad de formarse en un campo profesional que desarrolle procesos alternativos al momento de intervenir con las PCD y familias. El primer lugar de formación es la Universidad, donde es necesario incluir en el plan de estudios la Lengua de señas, lo que permitiría acortar la brecha de desigualdad al momento de comunicarnos. También resultaría provechoso para los futuros licenciados contar con formación en las diversas problemáticas de discapacidad y cómo trabajar a partir de ellos.

Para finalizar y a modo de conclusión personal, de acuerdo con la investigación y las distintas entrevistas realizadas, la investigadora considera que los objetivos y los supuestos de investigación fueron alcanzados. Queda pendiente una futura investigación, para conocer los resultados definitivos, sobre la efectividad de las medidas científicas adoptadas para combatir el COVID-19 que, en la actualidad afecta al mundo. A la fecha, se contabilizan más de cien mil personas afectadas por esta enfermedad en nuestro país, pero aún no hay registro de cuántas PCD han fallecido.

## Bibliografía

Agencia Nacional de Discapacidad. *Cartilla de Derechos para PCD*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/andis>

Aquin, Nora (2008). *Trabajo Social y Estado y Sociedad. El Trabajo Social y las prácticas sociales*. CABA-Argentina. Editorial Espacio.

Argentina.gob.ar. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/medidas-gobierno>

Ander Egg, E. (2009). *Diccionario del Trabajo Social*. San Isidro -Argentina. Editorial Brujas

Brito Guzmán Alejandro (2002). *Revista de Estudios Histórico - Jurídico* Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-54552002002400007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-54552002002400007)

Brule, Ana (1996). *Trabajo Social Hospitalario. Práctica y quehacer profesional*. Buenos Aires. Editorial Espacio.

Calvo, Liliana (2009). *Familia, resiliencia y red social: un abordaje experiencial en el Trabajo Social familias*. Buenos Aires. Editorial Espacio

Carballeda, Alfredo. (2004) *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Carballeda, Alfredo (2007) *Escuchar las Practicas*. Editorial Espacio. Buenos Aires

Carballeda, Alfredo (coordinador). (2008) “Salud e Intervención en lo Social”. Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Carballeda, Alfredo; (2016) *El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social*. Revista Margen 82.

Carballeda, Alfredo (2020). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempo de pandemia de Covid-19*. Recuperado de: [http://www.edumargen.org/docs/2018/curso62/unid05/apunte02\\_05.pdf](http://www.edumargen.org/docs/2018/curso62/unid05/apunte02_05.pdf)

Castel, Robert (1995). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*. Recuperado de:

[http://www.dwvalencia.com/claver/Documentos/exclusion\(robert\\_castel\).pdf](http://www.dwvalencia.com/claver/Documentos/exclusion(robert_castel).pdf)

Castel, Robert (1997). *La metamorfosis de lo social*. Argentina. Editorial Paidós

Castro, Edgar (2006). *Michel Foucault: Sujeto e Historia*. Revista Tópico N°14. Universidad Católica de Santa Fe. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/288/28819851008.pdf>

Constitución Nacional Argentina (1994). Recuperado de:  
<https://pdba.georgetown.edu/Parties/Argentina/Leyes/constitucion.pdf>

Constitución Provincial Chubut (1994). Recuperado de:  
<http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/argentina-constituciones-provinciales-4/html/>

Convención Internacional sobre los derechos de las PCD y su protocolo facultativo Ley 26378. Año 2008

De Jong, Elisa; Basso, R; Paira, M. (2001). *La familia en los albores del nuevo milenio reflexiones interdisciplinarias: un aporte al Trabajo Social*. España. Espacio Editorial.

De Robertis, C. (2005). L'accompagnement: une fonction du travail social. *La Revue Française de Service Social*, n° 217, 16-23

De Robertis, Cristina (et al), (2007). *La intervención colectiva en Trabajo Social. La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires. Editorial Lumen Hvmanitas.

Digesto de discapacidad provincia del Chubut. Recuperado de:  
<http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/lxl/XVI-100.html>

Foucault, Michel (2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI.

Gamba, Susana (2009). *Diccionario de estudio de género y feminismo*. Editorial Biblios.

Heller, Ágnes. 2004. *O cotidiano e a história*. Carlos Nelson Coutinho y Leandro Konder (trads.). São Paulo: Paz e Terra.

Hoffman, E. (2006). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. 1 ed. Buenos Aires – Madrid.

Amorrortu. Recuperado de:

<http://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rise/article/view/140/292>

Gómez Gálvez, Daniela (2012). *PCD: Sujetos de derechos “Un enfoque de justicia en el cual se reconoce y se incluye al sujeto por sobre la diferencia”*. Tesis de grado Universidad Alberto Hurtado) Santiago de Chile. Recuperado de: <https://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/5542/TRSGomezD.pdf;jsessionid=75D8E1098A5AC7472ED850E5BC2F4464?sequence=1>

Guber, Rosana (2009). *El Salvaje Metropolitano*. Ed. Paidós. Buenos Aires Argentina.

Historia Tehuelche. Recuperado de:

[https://www.patagonia.com.ar/cultura/68\\_La+historia+de+Chubut.html](https://www.patagonia.com.ar/cultura/68_La+historia+de+Chubut.html)

LEY X – N° 10 (Antes Ley 2592). Recuperado de:

[http://boletin.chubut.gov.ar/archivos/boletines/RAMA%20X%20\(10-49\).pdf](http://boletin.chubut.gov.ar/archivos/boletines/RAMA%20X%20(10-49).pdf)

Ley Federal de Trabajo Social N°27072, Sancionada en diciembre 10 de 2014, promulgada, diciembre 16 de 2014.

Ley Micaela N° 27499 - Capacitación en género y violencia contra las mujeres. 26 de diciembre de 2018. Consultado el 19 de febrero de 2019.

Maldonado, Jorge A. Victoria (2013) Artículos El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332013000300008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008)

Malacalza, Susana (2009). I Seminario Latinoamericano palabra y cosas para el Trabajo Social el lugar de las estrategias de intervención. Recuperado el 01 de septiembre del 2020

[http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/clase\\_12\\_malacalza.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/clase_12_malacalza.pdf)

Martínez Iniesta, A. (2004): La mujer sorda en la vida privada y pública. Cuadernos de Trabajos de Investigación, num. 10. Universidad de Alicante y Centro de Estudios de la Mujer, Alicante.

Ministerio de Salud Argentina (2021). *COVID-19 Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad en el contexto de Pandemia*. Recuperado de: [https://www.msal.gob.ar/index.php/component/bes\\_contenidos/?filter\\_problemativa=54](https://www.msal.gob.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problemativa=54)

Muyor Rodríguez, Jesus. (2011c). La práctica profesional del Trabajo Social ante las situaciones de Dependencia. En Muyor Rodríguez, J. y Funes Jiménez, E. *Especialización en Trabajo Social Gerontológico: Políticas, Gestión e Intervención en Autonomía y Dependencia*. Jaén: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén.

Necchi, Silvia (et al) (2014). *PCD: su abordaje desde miradas convergentes*. Bernal. Universidad Nacional de Quilmes. Recuperado de: <https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/547/PersonasConDiscapacidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Netto, Jose Paulo (2012) “Trabajo Social: critica a la vida cotidiana y método en Marx” -compilado por Cappello y Mamblona- 1a ed. Colegio de Trabajadores Sociales Provincia de Bs. As. La Plata.

Núñez, Blanca Aida (2010). *Familia y discapacidad de la vida cotidiana*, 1ra ed. 2ª reimp. Buenos Aires. Lugar Editorial

OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

Palacios, Agustina (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD*. Madrid. Editorial CINCA. Recuperado de: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

Pantano, Liliana comp. (2016). *Hacia nuevos perfiles profesionales en discapacidad. De los dicho a los Hechos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Educa

Pérez de Armiño, Carlos y Eizaguirre, Marlen (1996). *Exclusión social*. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>

Pekín, Leonardo (1994). *El sujeto desde la perspectiva Lacaliana*. Revista Psicoanálisis: ayer y hoy N°4. Recuperado de: <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/impnumero4/resenasujeto4.htm>

Porto Pérez, Julián y Merino, María (2014). Recuperado de: <https://definición.de./sujeto-de-derecho> :

Puig de la bellacasa (1990) concepciones, paradigma y evolución de la s mentalidades sobre la discapacidad, Madrid, España: Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía.

Quiroga, Ana (2013). *Critica a la Vida Cotidiana*. Recuperado de: <http://www.laretaguardia.com.ar/2013/03/ana-quiroga-y-una-critica-de-la-vida.html>

Rozas Pagaza, Margarita (1998) Una perspectiva metodológica de la intervención en Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires

Rozas Pagaza, Margarita (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y política de la sociedad contemporáneas. Recuperado de: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24\\_pagaza\\_4.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24_pagaza_4.pdf)

Sánchez González Diego y Egeas Jiménez Carmen (2011). *Enfoque de vulnerabilidad para investigar las desventajas socio ambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores*. Universidad Autónoma Nueva León. Recuperado de: <http://www.cofepres.org.ar/cofepres/jdownloads/Fichas%20de%20Previsionales/Enfoque%20de%20vulnerabilidad%20social%20para%20investigar%20las%20desventajas%20socioambientales.pdf>

Santana, Marta Ester (2018). Desde el Fondo Consideraciones acerca del sujeto en el Trabajo Social. Recuperado de: [http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde\\_el\\_fondo/pdf/Nro\\_18/7%20Santana%2018.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_18/7%20Santana%2018.pdf)

Segura Rosas (2019). *La Resiliencia en PCD*. Recuperado de: <https://www.psicoedu.org/la-resiliencia-en-personas-con-discapacidad/?v=55f82ff37b55>

Sassone, Susana (et al), (2020). *DIVERSIDAD, Y MIGRACIONES PARTICIPACIÓN CIUDADANA Identidades y relaciones interculturales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: IMHICIHU - Instituto Multidisciplinario de Historia y Ciencias Humanas. Recuperado de: <http://www.imhicihu-conicet.gob.ar/conicet/wp-content/uploads/2020/06/DiversidadMigparticipciudad.pdf>

Segato, Rita (2003) en su artículo *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayo sobre género entre la antropología, psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal. Universidad Nacional de Quilmes.

Seeltiz, Jahodam Deutsch y Cook (1969). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. 3ra edición. Madrid. Editorial Rialp SA.

Vargas, Vargas Laura y Bustillos (2010). *Técnicas participativas para la educación popular. Tomo II*. Buenos Aires. Editorial LUMEN HVMANITAS