

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

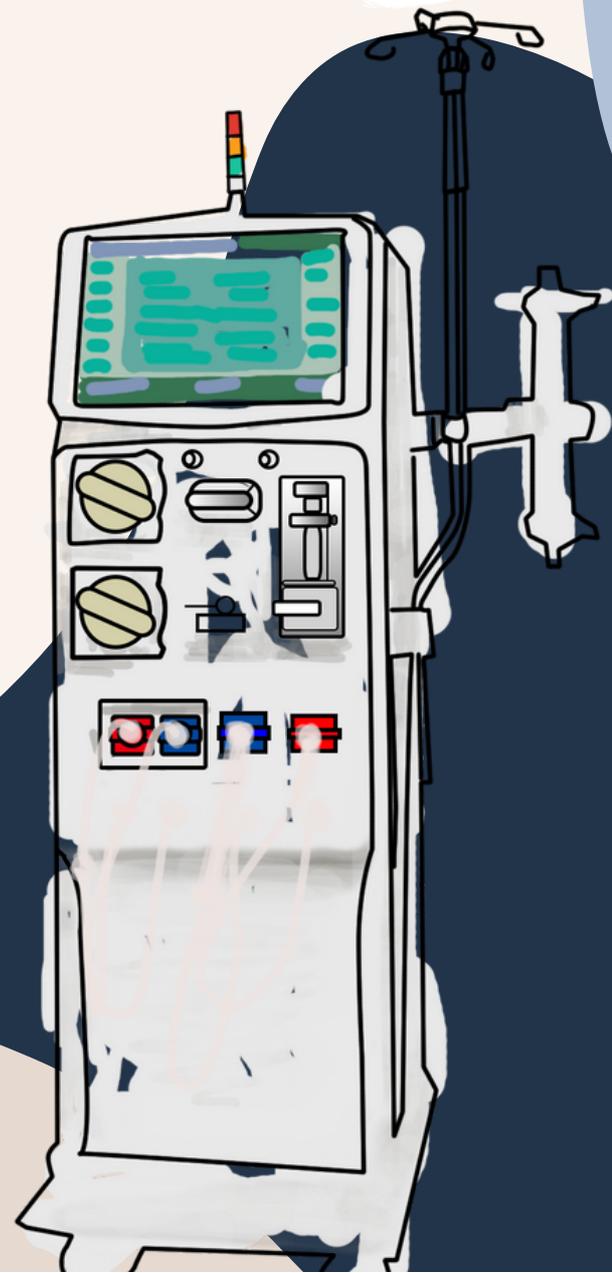
LA MÁQUINA DE LA VIDA

Limitaciones y obstáculos en la reproducción cotidiana de los/as sujetos/as que se realizan hemodiálisis en el Hospital Córdoba

AUTORES:

JUÁREZ, CANDELA AGUSTINA

PACHECO, AXEL OSCAR



CÓRDOBA, ARGENTINA
2023



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Final de Grado

La máquina de la vida

Limitaciones y obstáculos en la reproducción cotidiana de los sujetos que se realizan hemodiálisis en el Hospital Córdoba

Sistematización del proceso de intervención llevado adelante en el Hospital Córdoba.

Alumnos:

JUÁREZ, Candela Agustina

PACHECO, Axel Oscar

Intervención Pre-profesional: García, Paola

Seminario de Orientación Temática: Torres, Exequiel y Bertona, Lucía

Seminario de Sistematización y Redacción de Tesina: Meirovich, Valeria

Ciudad de Córdoba, 2023



Índice

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: El boletín descriptivo-introductorio de la máquina de la vida	
1.1. Introducción.....	6
1.2. Salud: re-pensando el concepto desde una integralidad.....	7
1.2. a. Paradigmas de la salud: una mirada desde las ciencias sociales.....	12
1.2. b. El Sistema de Salud en Argentina: su constitución.....	13
1.2. b.1 El Sistema de Salud a lo largo de los años en Córdoba.....	16
1.3. Hemodiálisis: breve descripción del tratamiento.....	18
1.4. Discapacidad: aproximaciones al campo.....	19
1.5. Autonomía y corporalidad: aproximaciones teóricas.....	24
1.6. Certificado de Discapacidad: analizando la certificación.....	28
1.7. Marco legal.....	31
CAPÍTULO II: Escenario: ¿Dónde se encuentra la máquina de la vida?	
2.1. Introducción.....	35
2.2. Escenario de intervención: Hospital Córdoba.....	35
2.2. a. Hospital Córdoba como prestador de alta complejidad.....	39
2.2. a.1 Hospital Córdoba: accesibilidad infraestructural y simbólica.....	41
2.3. Servicio Social en el Hospital Córdoba.....	48
2.3 .a. Funciones de las profesionales del Servicio Social.....	53



2.3 .b. Trabajo social y las demandas en el área de Servicio Social.....	54
2.4. Servicio de hemodiálisis en el Hospital Córdoba: área de intervención.....	57
CAPÍTULO III: Analizando la máquina de la vida desde adentro	
4.1. Introducción.....	62
4.2. Problema de intervención identificado en el escenario.....	62
4.3. Objeto de intervención.....	66
4.4. Instrumentos de la intervención.....	71
4.5. Estrategias de intervención de la práctica pre-profesional.....	72
4.6. Evaluación diagnóstica del proceso de intervención.....	83
CAPÍTULO IV: Sujetos/as: Quienes conforman la máquina de la vida	
3.1. Introducción.....	87
3.2. Sujeto/a: repensando el concepto desde la potencia.....	87
3.2. a. Sujeto/a en tratamiento de hemodiálisis: construyendo la intervención..	90
3.2. b. Persona con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis.....	94
3.2. c. Sujeto/a de derecho: una comprensión no reduccionista.....	108
CONSIDERACIONES FINALES.....	111
Bibliografía.....	117



Agradecimientos

Le agradezco a mi familia, quienes siempre confiaron en mí y me brindaron la oportunidad de mudarme a otra provincia para estudiar lo que tanto anhelaba; su apoyo incondicional ha sido fundamental en este camino. A mis amigos/as, quienes siempre estuvieron para mí, brindándome su apoyo a lo largo de los años. A los/as docentes que han contribuido significativamente a mi formación académica y profesional. Y a todas las personas que, de una u otra manera, estuvieron a mi lado en este recorrido, acompañándome en momentos de alegría y también en los desafíos.

Candela Juárez

A Dios. A mi madre, quien siempre soñó con verme egresar de la universidad. Desde que era un niño, ella hacía panes caseros para vender y costear mi educación. Hoy no está junto a mí, pero haber llegado a la universidad es gracias a ella. A Beatriz, quien me enseñó que la discapacidad es sólo una construcción social. A Silvia Guardia, mi madre del trabajo social. A la Universidad Nacional de Córdoba. A mis hermanos y mi padre, quienes siempre estuvieron sosteniendo mi trayectoria educativa.

Axel Pacheco



Introducción

En la presente sistematización del proceso de intervención pre-profesional, nos planteamos como objetivos identificar y visibilizar las limitaciones y obstáculos que poseen las personas con discapacidad que asisten al área de hemodiálisis del Hospital Córdoba de la Ciudad de Córdoba, en los turnos mañana y tarde, con respecto a su reproducción cotidiana y social de la existencia.

A partir de la inserción y observación en el nosocomio en el cual realizamos nuestras prácticas de intervención profesional, comenzamos a delimitar el área para nuestro trabajo de tesis, siendo el Servicio Social del Hospital Córdoba nuestro escenario de intervención y los/as sujetos/as con discapacidad en proceso de hemodiálisis los sujetos de intervención.

El proceso de intervención que llevamos a cabo propone darle visibilidad a las voces y problemáticas de los/as sujetos/as que transitan un proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en torno a las limitaciones y obstáculos en la vida social y cotidiana, producto del tratamiento de hemodiálisis.

Nuestro objeto de intervención se fue construyendo a lo largo de la intervención con las personas que asisten al servicio de hemodiálisis, ya que ellos/as fueron quienes manifestaron en diversos momentos de nuestra práctica interventiva la necesidad de ser visibles ante la sociedad. Es por ello que, nuestras primeras estrategias de intervención se centraron en observar, escuchar, identificar, problematizar y visibilizar cómo el proceso de hemodiálisis afecta la cotidianeidad de los/as sujetos/as en este tratamiento.

Continuando con el desarrollo, para conocer más sobre la cotidianeidad y cómo se expresa la cuestión social en estos/as sujetos/as, llevamos adelante diversas entrevistas semiestructuradas a seis personas seleccionadas a partir de un muestreo; logramos recuperar sus historias de vida, representaciones sociales, trayectorias laborales, obstáculos en torno al acceso a la salud, entre otras cuestiones, con la finalidad de identificar y visibilizar sus voces.

Consideramos a la intervención como “una construcción histórico-social y afirmamos que dicha intervención, pensada como campo problemático, se desarrolla a partir de las manifestaciones de la cuestión social que afectan directamente a la reproducción social de los/as sujetos/as”. (Rozas Pagaza, p.51). Dichas manifestaciones adquieren un significado particular para la intervención en cuanto ellas se encarnan en la vida cotidiana de las personas.



Pensar a la intervención de esta forma nos resulta importante, ya que las metodologías adoptadas como grupo de tesis se centraron a partir del posicionamiento mencionado anteriormente, lo cual nos permitió tener presente en el proceso interventivo la observación participante y la escucha activa. En este punto, es importante indicar que la intervención trae consigo procesos, acciones y mecanismos que forman representaciones y construcciones de ese “otro/a” sobre el cual se va a intervenir y, es por ello que es necesario que posea una reflexión ética, en donde las prácticas se puedan mirar hacia dentro, dialogando con sus historias de vida, junto a los atravesamientos del contexto (Carballeda, 2010).

Asimismo, considerando que el objetivo general de esta tesis es reconocer, trabajar sobre los obstáculos y limitaciones que se les presentan a los/as sujetos/as en proceso de hemodiálisis del Hospital Córdoba del turno mañana y tarde en torno a su cotidianidad individual y social, es que desarrollamos diversas estrategias para propiciar un ambiente de confianza entre los/as sujetos/as y nosotros/as, en el cual estuvo presente el diálogo, permitiéndonos debatir acerca de las construcciones y representaciones que se tienen sobre la hemodiálisis, discapacidad y obstáculos cotidianos; es decir, no buscamos únicamente escuchar, sino que una de nuestras finalidades fue poder promover un proceso reflexivo con los/as sujetos/as en relación al lugar que ocupan en las diversas esferas de la sociedad y que busquen alzar sus voces por medio de la comprensión del lugar que se les ha asignado socio-históricamente, tomando conciencia del potencial que tienen como sujetos/as con derechos que deben ser reconocidos y ejercitados.

Por consiguiente, tratamos que nuestro paso por el Hospital y los espacios de entrevista compartidos con estos/as sujetos/as no siga reproduciendo una lógica extractivista, sino que se haya generado un cambio más allá, que les permita aportar a un pensamiento crítico acerca de cómo funciona el discurso que gira en torno al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y discapacidad. Es por ello que se tomaron en cuenta los aportes de Bourdieu (2000), quien indica que las palabras pueden proporcionar nuevas significaciones del mundo social y, de esta manera, cooperan en transformarlo. En nuestra intervención se buscó poder romper el silencio de estas personas, siendo sumamente importante recuperar su palabra, aquello que tenían para decir y contar, utilizándolo como instrumento de intervención para lograr ubicarlos/as como sujetos/as históricos/as sociales que poseen una trayectoria de vida y representaciones que deben ser comprendidas, de forma que se pueda visibilizar a estas personas con discapacidad



que asisten a hemodiálisis y problematizar cómo la representación de la discapacidad a nivel individual y social puede afectar en su vida cotidiana.

Nuestro trabajo de tesis poseerá como ejes centrales las categorías de: salud, discapacidad, hemodiálisis, corporalidad, autonomía y sujeto de derecho. Por lo tanto, a lo largo del escrito, se irán articulando dichas categorías mediante cuatro capítulos, de modo que se realice una construcción teórica que dé cuenta de la importancia de comprender cada una de las partes como un todo cuando intervenimos con sujetos que se encuentran atravesados por la salud y discapacidad.

En el Capítulo I, consideramos fundamental recuperar, en primer lugar, el concepto de salud, junto con las concepciones de los paradigmas de salud que se encuentran atravesando a dicho campo, teniendo en cuenta el contexto en el que se han ido construyendo y reproduciendo a partir de sus trayectorias socio-históricas. Por otro lado, se describe de manera profunda la conformación del sistema de salud en Argentina y, más puntualmente, en la provincia de Córdoba, lugar en el cual residimos. Continuando, se profundiza en la problemática abordada en las prácticas interventivas, hemodiálisis, realizando un acercamiento descriptivo a todo lo que este tratamiento implica. A partir de ello, se realiza una vinculación teórica con el Certificado Único de Discapacidad (CUD) y el concepto de discapacidad, autonomía y corporalidad. Resulta relevante recuperar cada uno de los conceptos mencionados con anterioridad, ya que son las características más presentes, limitantes y poco abordadas profesionalmente cuando se piensa el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Por último, se tiene en cuenta el marco legal vigente, junto con las leyes nacionales y provinciales que se encuentran relacionadas al derecho a la salud, derechos de las personas con discapacidad y derechos de quienes asisten a realizarse hemodiálisis.

En el Capítulo II, se realiza un acercamiento al escenario en el que llevamos adelante nuestras prácticas de intervención pre-profesional, el Hospital Córdoba, del cual se recuperan sus características principales y funciones. Se desarrolla también la conformación, prácticas y demandas que se abordan por parte del Servicio Social de dicho nosocomio. No obstante, el capítulo culmina con un acercamiento descriptivo y analítico de la función de nuestra profesión en una de las áreas con los que cuenta el Hospital Córdoba, el Servicio de Hemodiálisis.

Continuando, en el Capítulo III, se desarrolla el problema de intervención identificado en nuestra práctica de intervención pre-profesional. Asimismo, en base a lo descripto con



anterioridad, es que se plantea el objeto de intervención, como así también el abordaje metodológico y las estrategias de intervención planteadas en torno al problema de intervención. Por último, se describe el diagnóstico realizado.

Por último, en el Capítulo IV, se caracteriza a los/as sujetos/as desde las aproximaciones teóricas que nos ofrecen las ciencias sociales. Asimismo, siguiendo la construcción de sujetos/as es que se identifica y caracteriza al sujeto en proceso de hemodiálisis, como así también al sujeto desde una perspectiva de discapacidad, lugares desde donde abordamos la mirada de sujetos/as para construir nuestra práctica de intervención pre-profesional.

Concluyendo con este trabajo final de grado, buscamos que nuestro paso por el Hospital Córdoba y los momentos compartidos en la construcción de la intervención con las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis no sigan reproduciendo las lógicas de indiferencia, invisibilización y naturalización de las desigualdades que les atraviesan a estos/as sujetos/as dentro y fuera del nosocomio.

Por medio de nuestra intervención, desplegada a lo largo del 2022, apuntamos a generar un cambio en el Servicio de Hemodiálisis y en las personas que se encuentran en este tratamiento de salud, así como también en el mismo hospital. Este cambio busca visibilizar la existencia de personas con discapacidad que atraviesan una enfermedad crónica en las instalaciones del Hospital Córdoba, quienes se enfrentan a múltiples barreras sociales, estructurales y simbólicas que la sociedad y el sistema capitalista producen, impidiéndoles a estos/as sujetos/as la construcción de una cotidianidad deseada.

Con nuestro trabajo, queremos contribuir a la construcción de una sociedad más inclusiva y equitativa, donde las personas con discapacidad sean reconocidas en su plena humanidad y tengan acceso a los recursos y oportunidades necesarias para llevar una vida plena y satisfactoria, con la visibilidad que deben de tener.

CAPÍTULO I:

"El boletín descriptivo-introductorio de la máquina de la vida"





En el presente capítulo, especificaremos teóricamente los principales conceptos que nos servirán para introducirnos y comprender nuestro trabajo final de grado. En primer lugar, el escrito centrará su contenido en describir el campo de la salud y lo que se entiende por el concepto de salud, poniendo en tensión las representaciones sociales y biomédicas que se tienen sobre el proceso de prevención-atención-salud-enfermedad-atención-cuidado. Históricamente se ha entendido a la salud solo como la ausencia de la enfermedad, por lo cual, nuestra propuesta se centra en poder pensar a la salud como un proceso integrado por múltiples determinantes y factores en juego en el campo.

Asimismo, en segundo lugar, nos centraremos en describir la conformación del sistema de salud en nuestro país, Argentina, para posteriormente, poder contextualizar el sistema de salud en la Provincia de Córdoba, ya que en este territorio nos encontramos insertos/as. La hemodiálisis, una de las problemáticas de salud poco abordadas desde una integralidad y determinada por problemas sociales, constituye uno de los puntos centrales de este trabajo final de grado, ya que los/as sujetos/as con los/as cuales construimos la intervención están atravesados/as por este tratamiento de salud que les permite subsistir.

Cada concepto, debate o problematización que se pone en cuestión a lo largo de este capítulo, se centra en mirar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado desde un lugar que comprenda a la salud como una capacidad de lucha y constituida por sujetos/as, los cuales traen consigo expresiones de cómo se imprimen en ellos las desigualdades sociales, económicas y culturales que terminan manifestándose en su salud, como la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), una de las patologías más complejas y poco abordadas desde su integralidad en el campo de la salud. La IRC implica que los/as sujetos/as que la padecen tengan que llevar adelante un tratamiento de hemodiálisis, lo cual implica que estas personas se encuentren conectados a una máquina diariamente para su subsistencia. Recuperamos lo desarrollado con anterioridad ya que nuestra intervención para la construcción de este trabajo final de grado se realizó en un área de hemodiálisis.

La hemodiálisis, tratamiento de salud que llevan adelante las personas con IRC, produce efectos secundarios que terminan discapacitando a la persona que se somete a este; y no por el tratamiento, sino por las múltiples barreras sociales, culturales y económicas a las que se enfrenta las personas en este tratamiento por la mirada de cuerpo normativo que se reproduce desde la salud, el cual se piensa desde una ideología de la normalidad y desde una función



productiva en el marco de la sociedad capitalista. Por este motivo, es que se traerá a debate lo que se comprende como discapacidad, aproximándonos al campo.

Las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis están atravesadas fuertemente por estructuras de poder que limitan su autonomía, lo cual se convierte en un obstáculo para su reproducción cotidiana. La sociedad capitalista en la cual nos encontramos insertos legitima un único modelo de cuerpo y corporalidad, lo cual es considerado como “legítimo” y deseado, desplazando de la “normalidad” a todos aquellos cuerpos que salgan de la norma. Frente a esto es que se desarrollará un debate sobre lo que implica la autonomía y corporalidad; y, desde donde deberían ser abordados estos conceptos para lograr una superación del modelo de cuerpos biomédico que impone lo que es normal y lo que no, como así también quién puede ser productivo y/o improductivo.

Siguiendo con el escrito, se traerá a debate el CUD, lo que constituye una herramienta legitimadora de identidades que sigue agrietando el binarismo normal-anormal. Por último y concluyendo con el capítulo, se desarrollará el marco legal que orientó nuestra intervención pre profesional, el cual nos permite comprender el contexto actual que atraviesa a los/as sujetos/as.

Salud: re-pensando el concepto desde una integralidad

Para comenzar, es fundamental indicar que el concepto de salud puede ser comprendido de diversas formas según el marco teórico desde el cual nos posicionamos. En primer lugar, resulta importante destacar que lo que se entiende por salud, generalmente, se ha reducido a lo biológico, invisibilizándose múltiples determinantes en ella. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La salud es un estado de completo bienestar, físico, psicológico y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad". (MS, 1948. Citado en Ferrara et al., 1976: 3). Si solo comprendiéramos a la salud desde este concepto tan predominante y reproducido socialmente, no estaríamos considerando otros determinantes que constituyen lo que se entiende por salud, como así también por enfermedad.

El proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado está siendo, cada vez con más frecuencia, objeto de investigación de las ciencias sociales. El análisis de estas problemáticas sociales desde la historia, la sociología, la antropología y la ciencia política, entre otras, permite entender la problemática de la salud-enfermedad, no sólo desde una perspectiva médico-biológica, sino también como un fenómeno individual y social con diferentes aristas que van



desde lo epidemiológico, hasta lo demográfico, lo sociológico y lo político. Desde esta perspectiva, las problemáticas de la salud y la enfermedad desde las ciencias sociales, cuestionan las miradas biologicistas de estos fenómenos, dando pie al análisis de problemáticas acerca de las causas y las consecuencias de la enfermedad y de la salud, las políticas que se generan desde el Estado, las miradas de la sociedad frente a fenómenos mórbidos, las problemáticas de la alimentación, la relación entre médico/a y paciente, el impacto en términos demográficos relacionados con la mortalidad y la morbilidad, etc.

Asimismo, cuando nos remitimos al concepto de salud, debemos considerar que en nuestro país la salud es considerada como un derecho humano fundamental, es decir, en su carácter de inalienable de la dignidad humana y universal (para todas las personas). Este derecho es reconocido como tal en Argentina a partir de la reforma constitucional de 1994, a través de la incorporación con jerarquía constitucional de once declaraciones y tratados internacionales de Derechos Humanos (art. 75, inc. 22, Constitución Nacional). La mayoría de estos documentos incorporan expresamente el derecho a la salud, presentan en cada caso su alcance, las obligaciones para el Estado, los objetivos y metas de política pública en el área, y consideraciones específicas para grupos que requieren protección especial.

Como se ha mencionado anteriormente, si solo comprendemos el concepto de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una mirada fragmentada y puramente biologicista, no estaríamos considerando que la salud es una problemática determinada por cuestiones sociales. Aquí nos parece importante retomar los aportes de la autora Cristina Laurell (1986), quien nos permite comprender que la salud debe considerarse como un proceso integrado por diversos aspectos, que contemple el número máximo de personas y que no deje de lado el contexto histórico, social y político.

Los aportes teóricos que la autora realiza alrededor de este concepto giran en torno a la mirada del proceso de salud y enfermedad como partes de un único proceso, cuyo carácter es eminentemente social e histórico. Este análisis de la salud y la enfermedad requiere considerar las estructuras sociales en las cuales están insertos/as los/as sujetos/as, ya que estas estructuras de poder dominante son las que los/as enferman por medio de la exclusión total o parcial del acceso a la salud, como así también a la hora de analizarla.

Por otro lado, en el campo de la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud-enfermedad. Están relacionados con



aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios, religiosos y políticos. Desde la década de los 70 en adelante, socialmente, se presenta una necesidad de superar el tema de la salud visto desde la epidemiología clásica como enfermedad en personas de manera lineal e individual, ya que buscan abrirse a los llamados “determinantes sociales de la salud”, categoría central de la propuesta para una epidemiología crítica, dentro de la salud pública- colectiva (Breilh, 2013).

Asimismo, los determinantes sociales dejan en evidencia los modos de vida de los diferentes grupos sociales que existen, negociando su vida en las relaciones de poder. Unos tienen más opciones que otros, lo cual condiciona profundamente su salud y los modos de trabajar, consumir, organizar los soportes sociales y colectivos, construir la identidad y disfrutar o no de lo socio ambiental de cada grupo social. Los determinantes originan desigualdades en salud como brechas en las condiciones en que las personas nacen, se desarrollan, trabajan, crecen y envejecen. La salud de las personas y la sociedad están influenciadas por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas que influyen en el curso de la vida de las personas. Entonces, habiendo dicho lo anterior, no sería adecuado seguir reduciendo la salud solo a una concepción biologicista. Cabe destacar, que estos determinantes son modificables y están influenciados por los factores sociales y en constante transformación, por ello las acciones y lo que se comprende como salud debe también estar en constante movimiento.

Lo desarrollado con anterioridad nos resulta pertinente porque construye nuestro posicionamiento. Entendemos la salud como un derecho determinado por condicionantes sociales, económicos, estructurales, culturales, etc. Buscamos romper con la mirada individualista y biomédica que se ha impuesto a lo largo de la historia para comprender la salud y el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Siguiendo con el desarrollo de este apartado, es pertinente traer a debate las diversas concepciones de salud que se han dado a lo largo de la historia, las cuales constituyen una comprensión del concepto que no solo se limita al aspecto biomédico, el cual es predominante en el campo, sino que abarca múltiples dimensiones.

El campo de la salud está compuesto por distintas dimensiones, una de ellas se refiere a cómo se entiende la salud-enfermedad, y el paradigma desde el que se posicionan los



profesionales derivan en prácticas concretas. Es decir, los modos de ver definen los modos de hacer y las intervenciones que lleva a cabo el equipo de salud. Además, cada paradigma estructura relaciones particulares de poder entre las disciplinas al interior del campo, y entre los/as sujetos/as y el equipo de salud.

En base a lo desarrollado con anterioridad, resulta importante traer a debate la importancia de las políticas públicas a la hora de pensar en los equipos de salud y sus respuestas a las diversas problemáticas cuando abordamos este campo. Existen múltiples barreras que se interponen en el acceso a la salud, constituyendo una importante causa de exclusión de poblaciones y grupos debido a barreras institucionales/legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género, edad, etc. Frente a esto, la política pública puede entenderse como un complejo conjunto de intervenciones estatales que regulan los procesos de reproducción social, constituyendo “una constelación de intervenciones que participan de las formas institucionales que operan en cada régimen de acumulación, configurando, contradictoriamente, unas formas de defensa de la sociedad frente a los mercados y su funcionamiento disruptivo” (Britos, 2010, p.183).

Las políticas públicas como tal, implican relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad.

En nuestra tesis de grado, nos interesa describir brevemente la importancia de las políticas de salud, debido a que afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas. Las políticas públicas en salud pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de la sociedad en general; como así también impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos con derechos vulnerados.

Continuando con el escrito y profundizando más en la descripción de los paradigmas de la salud, el paradigma biomédico es el predominante en el campo actualmente, aunque tiene sus orígenes en los tiempos de Galeno. Se divide al cuerpo en compartimientos, estableciendo el diagnóstico y el tratamiento sobre las partes afectadas, por lo que se escinde el cuerpo como totalidad. Biologismo, dualismo, mecanismos y determinismos son las categorías más



relevantes de esta concepción. En él se ve el órgano como enfermo y al individuo como paciente. (Di Tella, 2004)

También se encuentra el paradigma sanitarista o desarrollista, el cual define la salud como “el completo estado de bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de malestar”, sustentándose en la definición propuesta por la OMS. Este modelo no cuestiona la concepción del modelo biomédico prevalente, sino que reemplaza la explicación mono causal en la etiología de la enfermedad por una explicación multicausal, donde intervienen diversas variables biológicas, sociales, psicológicas y ambientales.

Otro paradigma es el de la medicina social, que se constituye con el aporte de las ciencias sociales en sus distintas disciplinas, unido a los procesos sociales producto de la crisis capitalista, que ponen en evidencia la desigualdad existente ante la vida y la muerte, la salud y la enfermedad de grandes sectores de la población, y llevan a un cuestionamiento de los anteriores paradigmas biologicistas, así como de la ineficiencia de la práctica médica para combatir la enfermedad debido a la incapacidad de explicar y transformar las condiciones de salud de la población. La crítica al paradigma biologicista señala su carácter biologicista y ahistórico.

Siguiendo con el desarrollo, en el área específica en la que intervenimos, hemodiálisis, el paradigma de la salud que más predomina es el biomédico, debido a que existe una visión fragmentada del proceso que vive el/la sujeto/a, se le presta atención únicamente al órgano que está deteriorado y no a la persona en general. Dentro de la institución, el/la sujeto/a transita por múltiples servicios, los cuales abordan una dimensión de la situación de salud sin necesariamente tener en cuenta el saber que proporcionan otras disciplinas. Las profesiones no médicas aparecen como secundarias en la atención y son quienes tienen que invertir más recursos para modificar el estado actual de las relaciones de fuerza en el campo, en el cual las ciencias médicas ocupan los principales puestos de poder debido a su reconocimiento y trayectoria en la atención del proceso salud-enfermedad.

Asimismo, se puede percibir una fuerte presencia del modelo médico hegemónico tanto en el área de hemodiálisis, como en el nosocomio en general. Este modelo se caracteriza, según los aportes de Susana Belmartino (1998), por ser individualista y biologicista, al no percibir a la persona como un ser integral y verla únicamente desde un lado médico. También es tecnocrático, ya que no proporciona información a los/as sujetos/as respecto a aquello a lo que



se someten, tomando validez únicamente la palabra del médico y sus indicaciones. Además, es medicalizante, controlando la desviación a través de su saber y dejando de lado diversas prácticas sociales que proponen otras disciplinas. Estas características se vieron reflejadas a lo largo de las prácticas, ya que los/as sujetos/as entrevistados/as, en sus relatos, fueron quienes demostraron inconformidad respecto a que se los vea únicamente como sujetos/as, sin tener en cuenta su vida personal, su bienestar y/o deseos, teniendo que cumplir y hacer aquello que el personal médico le indica.

Paradigmas de la salud: una mirada desde las ciencias sociales

En Argentina, la salud es comprendida de diversas formas. Las políticas y programas que se planifican responden a las concepciones que se tienen en torno a ella. Débora Ferrandini en su escrito “Salud, opciones y paradigmas” (2010), desarrolla tres paradigmas de salud que difieren de los mencionados en el apartado anterior, ya que estos contemplan una mirada más crítica de la salud y no tan biológica como se la ha descrito siempre. Nos parece importante describir ambas miradas para comprender por qué necesitamos mirar a la salud desde una multiplicidad de causales.

En el escrito, la autora menciona como paradigma, en primer lugar, a la salud como la ausencia de enfermedad. Esto implica entender a la enfermedad como la invasión de un enemigo externo en un cuerpo sano y el trabajo que se lleva adelante desde la salud consiste principalmente en eliminar a este agente. En este paradigma, la política en salud se va diseñando en función de negar el carácter político de la producción de la enfermedad y este reduccionismo biologicista es la base de las políticas focalizadas.

Otro de los paradigmas de los cuales habla la autora Ferrandini en su escrito, es la salud como el completo bienestar. Dicha definición es desarrollada por la OMS, haciendo hincapié en la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, cabe destacar, que este paradigma considera a los/as sujetos/as como individuales y libres en un tejido social, manifestándose que estos son culpables de su propia enfermedad en una sociedad que ve al otro como un ser individual, invisibilizando los condicionantes sociales. En otras palabras, este paradigma en el cual la OMS tiene mucha influencia política por medio de las instituciones de salud, oculta su lado político en esta constitución de la salud.



Para finalizar, la autora plantea el tercer paradigma, permitiendo pensar a la salud como la capacidad de lucha, tanto individual como social. En este, el/la sujeto/a ya no actúa desde un posicionamiento de pasividad, sino que busca luchar y enfrentarse a aquellas condiciones que limitan su día a día. Es decir, aquí ya no se ve que la salud trata de eliminar microbios o enfermedades interviniendo en los/as sujetos/as para curarlos/as y recuperar su estado de bienestar, sino que las personas pasan a ser protagonistas y constructores de su realidad, motivados/as por cambiar las cosas tal como están dadas, buscando llegar a vivir como realmente lo desean.

Los paradigmas mencionados muestran cómo la salud se ha conceptualizado desde las ciencias sociales. Desde nuestro enfoque grupal, adoptamos el paradigma que entiende la salud como capacidad de lucha, ya que consideramos esencial comprender el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso histórico y social en el que las personas y su entorno son los principales protagonistas. A través de sus decisiones y acciones, luchan por cambiar sus condiciones de vida, aunque existen factores externos contextuales que influyen en su salud. Si se ignoran estos factores, se culpabiliza a la víctima de su enfermedad y muerte, y no se abordan sus condiciones materiales y simbólicas de vida que inciden en el proceso de prevención-salud-enfermedad-atención-cuidado. Esta mirada es la que predomina en la mirada biomédica de la salud, donde se invisibilizan sus múltiples determinantes.

Concluyendo con el apartado, adherimos a la mirada de los autores Ase y Burijovich (2010), quienes concluyen que el campo de la salud debe ser evaluado desde diferentes dimensiones, siendo estas la salud pública, la equidad social, el ejercicio de la ciudadanía y la vigencia de los derechos humanos. Estos últimos son indivisibles, irrenunciables e interdependientes entre sí, es decir, se complementan y no se pueden separar, rechazando cualquier jerarquización de los derechos que se quiera hacer. Los derechos, al estar reconocidos como un pacto internacional, deben ser potenciados por el Estado, lo cual significa que este debe lograr que se dé una completa efectivización de los mismos. Un derecho que se vulnera es una tentativa posible contra los demás derechos. En Argentina, la salud es considerada un derecho fundamental y básico.

El sistema de Salud en Argentina: su constitución

Para comenzar el apartado sobre el sistema de salud en Argentina, es importante definir lo que se entiende por sistema de salud. Para ello, utilizaremos los aportes del sociólogo Tobar



Federico (2017), quien comprende que un sistema de salud es un conjunto de componentes (instituciones, recursos, organización, etc.) con relaciones organizadas y coordinadas para desarrollar actividades para la concreción de un objetivo en salud. En otras palabras, un sistema de salud es una respuesta organizada para tratar problemáticas ligadas a la salud, que se organiza en forma de sistema con recursos, actores e instituciones públicas, semipúblicas y privadas para contribuir a la atención de salud de una sociedad.

Es importante destacar que todo sistema involucra un conjunto de actores/actrices que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares, se despliegan acciones que establecen flujos de servicios de salud y de recursos financieros, físicos y humanos. Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población; y cada sistema de salud cuenta con subsistemas que lo componen. Cada vez que se establece un conjunto de relaciones recíprocas entre los/as usuarios/as, los prestadores/as y los intermediarios/as, se cierra un circuito de provisión-financiación de servicios, expresando un tipo de sistema de salud. Desde la óptica de un país y de acuerdo con las características del mismo, estos subsistemas pueden ser públicos, privados, prepagos, etc.

En Argentina, el Sistema de Salud resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares, de los cuales nos enfocaremos en mayor medida en el subsistema público, ya que nos insertamos en una institución perteneciente a este sector, aunque no dejaremos de caracterizar a los otros dos. El primer subsistema es el público, el cual proporciona los servicios de la salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud presuntamente para toda la población argentina. Quienes acceden a este sistema son mayormente grupos sociales que no cuentan con otro tipo de coberturas de salud. Una característica importante para destacar de este subsistema es que el Estado es responsable del financiamiento, la asignación y provisión de los servicios, y varía según su jurisdicción -aunque la relación entre nación y provincia no resulte tan articulada-: los gobiernos provinciales son responsables de la salud de sus habitantes a través del Ministerio de Salud.

El subsector de las obras sociales es otro de los tres subsistemas de salud. El mismo se consolidó durante el gobierno de Onganía en la década de 1970. El rasgo central de este subsector fue siempre el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Se conforma por las instituciones que cubren contingencias de salud, y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los/as trabajadores/as en relación de dependencia, así como también a los/as jubilados/as del régimen nacional de previsión social



a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Su finalidad es la protección de la salud de los/as trabajadores/as asalariados/as y sus familiares directos, cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del/la empleador/a como del/la empleado/a.

Por último, el subsistema en el cual el Estado ha tenido históricamente una mínima intervención regulatoria es el sector de la medicina privada, el cual funciona bajo la denominación de empresas de “Medicina Prepaga”, la cual agrupa un conjunto de entidades cuya oferta presenta una variedad de precios y servicios. Estas empresas -con fines de lucro-, se financian a partir del aporte voluntario de sus usuarios/as o clientes/as, que por lo general son de medianos y altos ingresos, quienes muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social -a esto se lo denomina “doble afiliación”, lo cual es una estrategia de competencia entre las Obras Sociales-, permitiendo a los/as afiliados/as acceder, indirectamente, a los servicios de la medicina prepaga. De este modo, el/la trabajador/a, por el mismo o un pequeño aporte más, puede acceder al sistema privado de salud, un prepago.

Cabe resaltar que, a finales del siglo XX, el Estado comienza lentamente a retirarse de políticas redistributivas con mecanismo de financiación por subsidio para financiar encubiertamente y con lógica de mercado intereses privados. De este modo, el capital privado con intereses lucrativos usufructúa recursos públicos, realiza su negocio e introduce relaciones entre lo público-privado donde el principio de gratuidad comienza a erosionarse. La derivación del aporte desde las Obras Sociales al sistema prepago, la llamada “triangulación”, termina siendo un tentador negocio para ambas partes. Las Obras Sociales disminuyen parcial o totalmente el riesgo y la medicina prepaga ve incrementar su cartera de beneficiarios, lo que le permite conseguir mejores precios a la hora de competir. Pero, por otra parte, como la derivación del aporte no desvincula al/la trabajador/a de la obra social, implica que esta puede solicitar asistencia al Fondo Solidario de Redistribución y de este modo acceder a los subsidios y reintegros de la Administración de Programa Especiales (APE). Ahora bien, si el beneficiario de un prepago es un afiliado a una obra social, es la medicina prepaga la beneficiaria de dicho subsidio o reintegro. Es decir que, con el aporte de los/as trabajadores/as, se encubre un financiamiento a la medicina prepaga.

Resulta relevante destacar lo desarrollado con anterioridad, debido a que en nuestra cotidianidad escuchamos con mucha frecuencia que el subsistema de salud privado es mejor que el público y quien puede acceder a él “no le pide nada al Estado”. En realidad, sí están



sacándole recursos al Estado, ya que el mercado capitalista siempre encuentra la manera de seguir arrebatando recursos a los sectores sociales con derechos vulnerados para luego mercantilizarlos. La autora Susan López, en su escrito “los subsidios encubiertos al sistema privado de salud”, refiere a esto cuando expresa que:

Además de haber crecido en afiliados, la medicina prepaga también logra usufructuar de los recursos del APE. Es decir, la Seguridad Social a través de sus OO.SS. recupera fondos de la APE que transfiere, con algún costo por la gestión, a las empresas de medicina prepaga. Mecanismo que muestra la subsidiaridad encubierta de la Seguridad Social al sistema privado de salud. (2011, p.10)

El sistema de Salud a lo largo de los años en Córdoba

En las últimas décadas, el campo de la salud pública viene siendo tensionado para generar respuestas a los diversos desafíos de nuestra época, como las desigualdades y/o injusticias sociales, económicas, culturales, etc., y las cuestiones ambientales que sumergen a las personas en un mundo en el cual el capitalismo no solo destruye ecosistemas, sino también a las personas dentro de este sistema. Las búsquedas de respuestas a estas tensiones han impulsado numerosas iniciativas en nuestra región.

La Provincia de Córdoba desde la década de los 60 viene generando grandes intervenciones en el sector público de la salud, el cual tenía cobertura incluso en las zonas más alejadas del interior, extendiéndose hasta la década de los 70. A partir de allí, producto de los recortes del gasto público y las políticas de descentralización en educación y salud de diversos gobiernos de turno, el sector público sufrió un deterioro considerable (Pautassi, 1995).

A nivel local, la Constitución de la Provincia de Córdoba, en su artículo 59, destaca como prioridad la garantización de la salud mediante acciones y prestaciones a nivel individual y comunitario. Sin embargo, el programa de reforma del sistema de salud que se implementó en el país durante la década de los 90, y particularmente en la Provincia a partir de 1999, en el marco de un proceso de reforma estructural, propició la sanción de nuevas leyes que fueron en sentido contrario al espíritu de lo enunciado en la Constitución Provincial, generando una multiplicidad de acciones que han alejado progresivamente al sistema de salud público de esta idea de derecho. Así, se produce un contraste entre un mayor reconocimiento constitucional de derechos y un progresivo desmantelamiento del sistema de salud público, garantía de su efectivo cumplimiento, adquiriendo un carácter reduccionista y focalizado, en un marco de



creciente inequidad social. A veces parece que el sistema de salud es selectivo, ya que algunos sectores sociales gozan de buen acceso, prestaciones y servicios, mientras que otros ni siquiera pueden acceder a una atención mínima, como muchos sectores del interior de nuestra provincia.

Con el inicio de un nuevo gobierno de turno a nivel presidencial desde 2015 en adelante, como consecuencia de la aplicación de políticas de corte neoliberal que promovieron un ajuste estructural, descentralizando los sistemas de atención y aplicación de los paquetes básicos de servicios de salud, se redefine la Atención Primaria de la Salud (APS) en un sentido restringido, sinónimo de programas compensatorios o de emergencia destinados a “grupos vulnerables” o, podemos decir, grupos de población con diversos derechos vulnerados. La Provincia de Córdoba presenta un escenario similar al que se expresa a nivel nacional, con grandes inequidades entre departamentos y regiones sanitarias, las cuales se manifiestan no sólo en indicadores económicos y de pobreza, sino también en la carga de morbilidad y mortalidad que soporta la población, y en la infraestructura sanitaria instalada entre regiones. La descentralización del estado nacional con respecto a la salud busca producir un proceso de cambio que implica la transferencia de responsabilidades, capacidades y recursos desde un nivel superior de gobierno, a otro inferior. (Repetto, 2009)

El escenario mencionado anteriormente redefine al Estado como efector de políticas públicas, desarrollándose un contexto de priorización del ajuste fiscal que implica, en la mayoría de los casos, una fuerte pérdida en la calidad de los servicios y acentuación de la heterogeneidad en las respuestas sanitarias que cada jurisdicción elabora, profundizando las desigualdades regionales y provocando enormes costos en términos de eficiencia y equidad (Ase, 2006). Esto va en detrimento del modelo de salud basado en los derechos, y de esta forma se va instalando progresivamente la naturalización de la desigualdad. El ser ciudadano va cediendo su lugar de sujeto/a de derecho, considerándose un privilegio acceder a la salud y sus servicios.

Finalizando este apartado, como ya se ha mencionado, el sistema de salud en la Provincia de Córdoba está organizado en regiones sanitarias. Aquellas que concentran los mayores índices de pobreza son también las que presentan la menor infraestructura sanitaria para dar respuesta a las necesidades que se presentan en salud (Chuit, 2004), motivo por el cual gran parte de la población debe movilizarse hasta la Ciudad de Córdoba para recibir la atención necesaria. Esta repartición desigual de los recursos económicos, simbólicos y de capital humano afecta a toda la población en general, pero siempre termina recayendo sobre una



población en particular: las personas con discapacidad que necesitan llevar adelante su tratamiento de hemodiálisis, como así también sobre sujetos/as que están atravesados por múltiples problemáticas de salud.

Hemodiálisis: breve descripción del tratamiento

La hemodiálisis es una de las problemáticas de salud más complejas y poco abordadas interdisciplinariamente en la actualidad. Consiste en un tratamiento de filtración de toxinas, sales y líquidos en sangre que llevan adelante las personas que se encuentran en la fase terminal de la IRC. Esta última se considera un diagnóstico clínico que indica que los riñones ya no funcionan naturalmente debido a diferentes patologías de origen. Frente a este panorama, las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis se enfrentan a fuertes transformaciones en su vida, que pueden expresarse en cambios fisiológicos, físicos, psicológicos, sociales y emocionales, que repercuten en las actividades diarias de las personas. Cuando un/a individuo/a ingresa por tratamiento a hemodiálisis, se ve doblemente afectado/a, ya que, por un lado, reciben las complicaciones derivadas de la enfermedad y, por otro, las del tratamiento. En hemodiálisis, las personas tienen que someterse a tratamientos altamente exigentes, como asistir a centros de diálisis para ser conectados/as a máquinas que sustituyen temporalmente la función renal. Junto a esto, deben sobrellevar estrictos regímenes alimentarios y medicamentosos. La sobrecarga que experimentan repercute también en la familia, amigos, trabajo y equipo de salud que les otorgan cuidados. Estos últimos, no solo se encargan de proporcionarles sesiones de diálisis de alta calidad, sino que además tienen que apoyarlos/as y colaborar para que mantengan niveles de salud adecuados.

Recuperamos todo lo desarrollado con anterioridad, ya que nos compete como futuros/as profesionales del trabajo social problematizar y visibilizar los múltiples determinantes sociales que se les presentan a las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis en su cotidianidad, en cuanto a su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Cuando se habla de hemodiálisis, solamente se describe su lado biomédico, negándose cómo los determinantes sociales afectan y condicionan la cotidianidad de estos/as sujetos/as. Ávila-Agüero (2009) define a los determinantes sociales como “el conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades” (p.71).

Cuando se piensa en políticas de salud (soluciones) relacionadas con enfermedades como la IRC, que puede derivar en un tratamiento tan invasivo como la hemodiálisis, las



soluciones se centran en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre sus determinantes. Es decir, que las circunstancias sociales, culturales, poblacionales y económicas de las personas afectan forzosamente su salud durante la vida, por lo que es necesario vincular las valoraciones, diagnósticos y políticas de salud a los determinantes sociales de la misma. El impacto de los determinantes en el proceso de salud de las personas se convierte en objeto del trabajo social, ya que nos permite entender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado como complejos y multifactoriales.

Concluyendo con el apartado, resulta importante destacar que las necesidades, recursos y capitales para la prevención, atención y rehabilitación que deben llevar adelante las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis con el objetivo de adquirir mayor calidad de vida se tornan obstáculos en la actualidad, debido a que muchas de sus necesidades se encuentran mercantilizadas. La mercantilización de sus necesidades no está dada porque sí, ya que hay un trasfondo en el que sigue operando el binarismo normal-anormal. Todo lo que salga de lo establecido como “normal” tiende a presentar mayor inversión presupuestaria, no porque lo requiera, sino porque el sistema económico capitalista opera de esa manera. También existe un modelo de salud biomédico que considera a las personas con discapacidad como “improductivas” para el crecimiento del capital y anormales o dis-capacitadas para reproducirse de manera autónoma en la sociedad, como así también para adquirir por sus propios medios los bienes necesarios para satisfacer sus necesidades.

En base a lo desarrollado con anterioridad, se puede apreciar cómo la concepción biomédica de la salud influye no solo en la reproducción cotidiana de la existencia de las personas con discapacidad, sino también en el imaginario social de lo que es la discapacidad, legitimando una idea de normalidad que solo busca construir jerarquías y desigualdades que alimenten los sistemas de dominación existentes en la sociedad.

Discapacidad: aproximaciones al campo

Frente a la multiplicidad de definiciones teórico-prácticas existentes acerca de la discapacidad, resulta problemático reducir la gran complejidad de este concepto a una sola definición. Pensar la discapacidad como compleja nos permite abrir nuevos horizontes para comprenderla y re-conocerla como un campo científico, político y social con entidad propia.



Recuperando los aportes de Edgar Morín (2004) en su texto “La epistemología de la complejidad”, la complejidad no es lo contrario a la claridad; cuando nos referimos a la complejidad en términos de discapacidad, estamos haciendo alusión a aquello en lo cual la simplicidad falla, donde la reducción para eludir miradas es problemática. Asimismo, Nuria de Lara (2001), coincide en que un/una sujeto/a no es reductible a una palabra, ya que al hacerlo se lo cosifica y simplifica, huyendo de su multiplicidad. Entonces, al pretender que la discapacidad se reduzca a una sola definición, a un solo concepto, ¿no estaríamos invisibilizando la complejidad de los/as sujetos/as que conforman este colectivo? Si permitimos que la discapacidad se reduzca a una definición unívoca, estaríamos dejando que opere un reduccionismo que lo único que hace es que esta alteridad sea controlada y subsumida por la mismidad.

Continuando con el desarrollo y tratando de describir a la discapacidad sin reducirla, podemos concebirla bajo la noción de campo, siguiendo las aportaciones del sociólogo Pierre Bourdieu (1998). Asumirla en este sentido significa concebir la discapacidad, en tanto que campo científico y político, en un sentido relacional. Bourdieu sostiene que un campo es un espacio social, un microcosmos, un universo, un espacio práctico de la existencia cotidiana que, de acuerdo con sus propias leyes, es relativamente autónomo (Bourdieu y Wacquant, 1992).

Si la discapacidad asumida como un campo implica una serie de actores/actrices, posiciones y disposiciones, las relaciones que se establecen en su interior son de fuerza y de luchas, ya que cada posición y cada sujeto/a posee diferentes capitales (físico, económico, cultural, simbólico), que permiten a cada uno/a ejercer un determinado poder reconocido socialmente. La discapacidad como campo, promueve diversos poderes desde los/as sujetos/as, las prácticas y los discursos, que pueden buscar mantener el campo con su dinámica propia, transformarlo o simplemente resistirlo. No obstante, estas estrategias están condicionadas por las percepciones que la sociedad y, en muchas ocasiones, las propias personas con discapacidad tienen sobre la discapacidad como campo, que a su vez definen y da forma y contenido a sus prácticas y discursos (Torres Dávila, 2004: 20-21)

En este momento, es importante describir los principales modelos históricos y las perspectivas teórico-críticas más significativas que abonan el campo de la discapacidad. Para desarrollar los diferentes modelos que se consolidaron a lo largo de la historia, coexistiendo



hasta la actualidad, recuperamos los aportes de la autora Andrea Cenacchi (2018) para basarnos en las siguientes descripciones.

En primer lugar, es importante destacar que utilizaremos el término modelo/paradigma según el autor De Jong (1979), quien introduce en el campo problemático de la discapacidad la noción de paradigma de Khun, concibiendo que un paradigma define la realidad para un científico, proporciona el marco donde identifica sus problemas y los resuelve.

En segundo lugar, en los aportes teóricos que realiza Cenacchi en el campo de la discapacidad, la autora refiere a dos enfoques desde los cuales son vistos los/as sujetos/as: uno desde un enfoque pasivo, que considera a las personas con discapacidad como fruto de causas ajenas al ser humano y, por tanto, como situación incontrolada e inmodificable que da lugar a actitudes de rechazo, segregación, marginación, etc. En contraposición, el enfoque activo aborda la discapacidad como producto de causas naturales, biológicas y/o ambientales y, entonces, como una situación modificable. En esta dirección se desprenden prácticas tales como la prevención, el tratamiento y la integración.

Continuando con el desarrollo, el primer modelo que presenta Cenacchi en su escrito es el Modelo Tradicional o de Prescendencia con sus variantes Eugenésico y de Marginación, en el cual el enfoque que predomina es el pasivo. En esta perspectiva, las personas con discapacidad son víctimas de castigos divinos o de males con causas ajenas a su voluntad que, por lo tanto, no pueden ser evitados. En este marco, se concibe que los/as sujetos/as de este colectivo no aportan a la sociedad, son innecesarios e incluso resultan una carga, por lo que se decide prescindir de ellos. En el submodelo Eugenésico, se prescinde de las personas con discapacidad mediante la aplicación de políticas eugenésicas, es decir, con su eliminación. Por su parte, en el submodelo de la Marginación, que caracterizó a la Edad Media y surgió del cristianismo, se prescinde de los/as sujetos/as deficientes situándolos/as en un espacio separado. El asistencialismo, la caridad y la beneficencia son rasgos típicos que derivan de estas concepciones, donde siempre se establece una relación asimétrica entre los/as sujetos/as, signada por la marginación, segregación, estigmatización, subestimación y dependencia de las personas con discapacidad, quienes no son considerados/as como individuos/as de iguales derechos que el resto de los/as ciudadanos/as.

El segundo modelo que propone la autora es el Médico o Rehabilitador. En esta perspectiva, se considera a la discapacidad como un problema propio de la persona, es decir,



individual. En otras palabras, se describe como una tragedia personal. En este modelo, las causas de la discapacidad de la persona ya no son religiosas, sino científicas, por lo que el diagnóstico, tratamiento y certificación de la discapacidad son fundamentales. Esta perspectiva propone rehabilitar a la persona para que se reintegre a la sociedad y sea reconocida como parte de ella. La persona con discapacidad se convierte en un objeto de estudio e intervención de la medicina. En este modelo, el/la médico/a cumple una función importante al normalizar la anormalidad de la persona. El saber médico se consagra como una herramienta transformadora, previniendo o rehabilitando la discapacidad en algunos casos.

Por consiguiente, el tercer modelo que propone la autora es el Modelo Social, también conocido como perspectiva de Autonomía Personal o Vida Independiente. En esta perspectiva, las causas de la discapacidad son sociales. El problema no es la diferencia física, mental o visceral de la persona con discapacidad, sino la sociedad en la cual se encuentra inserta. Este modelo propone desplazar la rehabilitación de la persona como solución y rehabilitar a la sociedad en su conjunto, la cual no ha tenido en cuenta sus particularidades y requerimientos en la mayoría de diseños, entornos, productos y construcciones. La discapacidad es pensada como una construcción social impuesta por un grupo hegemónico y, por lo tanto, la discapacidad pasa a ser considerada como una minoría oprimida.

Desde esta perspectiva, se concibe que las personas con discapacidad pueden aportar en igual medida que los demás y se apunta a que puedan alcanzar su autonomía, detectando y eliminando las barreras que los discapacitan e impiden u obstaculizan su participación en condiciones equitativas. Asimismo, se impulsa un cambio en la terminología por considerar que podría influir sobre la situación de las personas, dado que el lenguaje y pensamiento están ligados entre sí. En este sentido, el término que se utiliza para considerar a la persona desde una perspectiva de derecho es “persona con discapacidad”. Lo mencionado anteriormente resulta importante para entender que, desde siempre, la discapacidad es nombrada e interpretada de múltiples formas dependiendo el paradigma desde el cual nos posicionemos, ya que siempre se ha buscado “proteger a quienes nombran y no a quienes son nombrados” (Almeida, 2010, p.31).

Continuando, es importante mencionar, por un lado, que cada uno de los paradigmas desarrollados con anterioridad no son perspectivas históricas que van evolucionando y suplantándose en el tiempo, sino que también conviven en constante tensión hasta la actualidad. Por otro lado, la discapacidad no se constituye como un hecho objetivo y natural, sino que es



una construcción atravesada por diferentes teorías y discursos que resultan de consensos y, por lo tanto, es artificial e inscrita en un contexto sociohistórico y político situado con objetivos y necesidades específicas. A partir de lo anterior, se debe problematizar el rol que tiene el Estado en la producción de discapacidad en relación a las políticas públicas y derechos sociales.

El Estado considera que las personas con discapacidad sufren desventajas en la sociedad, dadas a raíz de la carencia que poseen, a partir de una conceptualización biologicista. Por lo tanto, se generan medidas que buscan compensar esta desigualdad de oportunidades, considerándolos como “sujetos/as merecedores/as” de políticas. De esta manera, se genera una clasificación en ese grupo y se produce una cierta identidad de los/as sujetos/as, dada por los parámetros de normalidad-anormalidad.

La problemática radica en la mirada de la discapacidad que se tiene desde los organismos productores de políticas públicas y derechos, en la cual sigue presente la concepción biomédica de la salud, como así también una mirada normativa del cuerpo. Este discurso normativo o normalizador, intenta esencializar al ser, regular su quehacer y sus prácticas, y suprimir, en cierta medida, la diversidad y la diferencia.

Para ampliar el debate, se recupera la ley 24.901 sancionada en Noviembre 5 de 1997, que refiere al “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Esta ley refleja una perspectiva médico-rehabilitadora predominante, en la que se busca “rehabilitar” al individuo/a para que pueda ser parte de la sociedad. Asimismo, lo que más ruido genera de esta norma, es la palabra “habilitación”, como si las personas con discapacidad no estuvieran habilitadas para ser consideradas seres humanos y parte de su entorno, lo cual produce una sensación de desacreditación del ser humano.

En el insistente pedido que las personas con discapacidad realizan día a día al Estado como organismo encargado de garantizar sus derechos, se pueden apreciar los atravesamientos de los diferentes modelos de salud que se hacen presente en los marcos jurídicos desde donde se posicionan y respaldan las identidades. La presencia de una concepción biomédica de los cuerpos y de la salud impacta no solo en las leyes y miradas, sino también en el capacitismo social que se ejerce en base a ello. Para fundamentar y problematizar lo anterior, recuperaremos el artículo 12 de la ley mencionada con anterioridad, el cual señala que: “La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en



concordancia con los postulados consagrados en la presente ley”. Asimismo, se establece que: “Cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación”.

No basta con obligar a la alteridad a “rehabilitarse” para su integración social, sino que también se decide por ella y se limita su autonomía. En otras palabras, no importa la decisión que tome la persona, ya que se ve obligada a estar subordinada por lo que decida un equipo interdisciplinario de salud en relación con su discapacidad y su nivel instrumental. El Artículo 17 deja en claro lo desarrollado anteriormente cuando se refiere a la educación de las personas con discapacidad, limitándolas a una programación sistemática específicamente diseñada según el requerimiento de cada tipo de discapacidad.

Sin embargo, nuestro punto con todo lo recuperado hasta el momento se centra en problematizar el rol del Estado como medio legitimador de identidades a través de sus reglas y leyes, las cuales más allá de buscar apoyar y contribuir a una mejor calidad de vida (desde su visión biomédica), terminan limitando no solo los derechos, sino también los deseos de las personas con discapacidad, arrebatándoles su autonomía. Es importante resaltar que, muchas veces, el Estado se encarga de mirar las problemáticas de las personas con discapacidad a su conveniencia, para deshacerse de su responsabilidad social.

Autonomía y corporalidad: aproximaciones teóricas

Partimos del concepto de que “una conducta es autónoma si la persona actúa según sus propias preferencias, intereses, y/o capacidades, e independientemente, libre de influencias externas o interferencias no deseadas” (Verdugo, 2016, p. 4). Sin embargo, las personas con discapacidad, en muchas ocasiones, no pueden llevar adelante su vida en base a sus deseos, ya que se encuentran con limitaciones en el desarrollo de la calidad de vida que pretenden para su existencia. En este punto, cabe destacar, que mientras mayor sean las oportunidades brindadas por el contexto, mayor va a ser la calidad de vida y el ejercicio de derechos que podrán alcanzar.

Recuperamos lo mencionado con anterioridad para seguir reafirmando que el entorno es el que discapacita, generando o consolidando la exclusión. En ese sentido, podría indicarse que al sistema capitalista le sirve sostener una idea capacitista de dependencia y autonomía, ya que esto permite la subsistencia del sistema. La idea que sostiene el capitalismo se basa en considerar a la dependencia colectiva como improductiva. Castoriadis, citado por Cucco



(2006), indica que “puede hablarse de sujeto/a autónomo/a cuando los/as individuos/as pueden reflexionar sobre sí y su sociedad, cuando tienen un nosotros/as e instituyen (con conocimiento) un campo de significaciones imaginarias sociales (es decir tienen una relación lúcida con éstas), reconociéndose como creadores” (p.73). Esta definición nos muestra la diferencia entre lo que se propone y la realidad de cómo se vive en la sociedad.

En el campo de la discapacidad, la autonomía es una de las temáticas más presentes que se ve condicionada y atravesada por la salud. La visión médico-rehabilitadora construye un imaginario capacitista de lo que puede o no hacer una persona con discapacidad. Es importante recuperar los aportes de Arturo Torres, quien define al capacitismo como:

Esa forma de discriminación ideológica y material que va orientada contra las personas que son consideradas discapacitadas. Es decir, que el capacitismo se refiere a los prejuicios y los estereotipos que llevan a menospreciar a las personas con diversidad funcional, pero se plasma también en leyes y estructuras materiales (arquitectónicas, urbanísticas, etc.) que suponen una barrera para este colectivo. (2017, p.1)

Nuestra tesis se desarrolla en el marco de una institución de salud en la cual, la intervención se efectúa en un servicio de hemodiálisis al que asisten personas con discapacidad para su tratamiento de salud; y uno de los temas que más atraviesa a estos/as sujetos/as es la autonomía. Cuando se habla de autonomía en discapacidad, se piensa a la persona desde una autosuficiencia, desde un ideal de completitud normativo. Debemos cuestionar cómo las estructuras de poder, especialmente el capitalismo, nos han arraigado la idea de completitud y autosuficiencia propia, y nos han impedido reconocer nuestra vulnerabilidad y nuestra necesidad de depender de otros/as para reproducirnos. En la sociedad en la cual nos encontramos, se invisibiliza el carácter social del ser humano, el cual necesita de otro/a para reproducirse, y la necesidad de la dependencia.

Las personas con discapacidad históricamente han sido perseguidas, marginadas y limitadas para construir una vida autónoma a partir de sus deseos. En base a la problematización de la categoría autonomía, se pone en tensión el ideal del “yo autosuficiente”, el cual todo lo puede. Aquí resulta importante entender que no siempre el yo autosuficiente se puede sostener, ya que nuestra existencia pasa por otro/a, en la que deberíamos de entamar prácticas de cuidados mutuos que nos permitan comprender al otro/a desde una autonomía, aun si necesita



de mí. De esta manera, las relaciones podrían sostenerse, autoabastecerse y entramarse desde un cuidado comunitario. (Angelino, 2014)

Como se viene desarrollando, cuando se habla de autonomía, esta se ve ligada fuertemente a la idea de cuerpo normativo y corporalidad obligatoria. La sociedad determina diversos métodos y técnicas para normalizar aquellos cuerpos que, según la medicina, no encajan en los parámetros de la normalidad, es decir, se busca disciplinar a los/as sujetos/as con discapacidad y limitarlos en la participación de la esfera social por medio de obstáculos materiales y simbólicos. En esta perspectiva biomédica-rehabilitadora, el cuerpo no se comprende en su totalidad. Se piensa al cuerpo como algo natural, no como un todo social. La particularidad de cada sujeto/a se invisibiliza y se homogeniza, existiendo estándares que “deben” seguir. La corporalidad se encuentra subordinada. Por lo tanto, es importante abordar la concepción de corporalidad para visibilizarla y considerarla como algo real e importante para las personas.

Según los aportes de López, la corporalidad “es la experiencia vivida, la del cuerpo como realidad fenomenológica. Está construida por las manifestaciones del hombre, tal y como aparece en la vida misma. La vida humana está siempre ligada al ser corporal del hombre” (1974, p.16). Es necesario comprender a la persona como un todo, como un cuerpo anatómico y fisiológico, es decir, reconocer lo tangible y visible. Vergara señala que “todo agente es dotado en principio de un cuerpo biológico, (nunca es absolutamente natural), que se vuelve sustrato y medio de la constitución de un cuerpo subjetivo, que sólo puede formarse a instancias del cuerpo social” (2009, p.45).

Cuando nos referimos a la idea de corporalidad, debemos pensar en ella como un cuerpo en el que se manifiestan las normas sociales, del cual nos construimos en una sociedad dada. Entender al cuerpo desde una concepción fragmentada, sólo desde el punto de vista biológico, no permite comprenderlo en el entramado de las construcciones sociales. En lugar de hacer de la corporalidad un efecto de la condición social de las personas, este pensamiento hace de la condición social el producto directo de su cuerpo. Se trata de someter las diferencias sociales y culturales a la primacía de lo biológico, o, mejor dicho, de un imaginario biológico, de naturalizar las desigualdades de condiciones, justificándolas a través de observaciones “científicas” (Le Breton, 2002, p.17).



Deberíamos pensar en la complejidad del cuerpo como una corporalidad que no se reduce a los aspectos meramente biológicos y fisiológicos. Las particularidades de cada cuerpo no deberían ser invisibilizadas para considerar la corporalidad desde una concepción normativa. La corporalidad cuestiona el modelo normativo de los cuerpos y comprende las particularidades de los/as sujetos/as, las cuales dan sentido a su cotidianidad y a la construcción de autonomía desde su propia perspectiva. Entonces, desde esta dirección,

desde una posición crítica realista, se resalta que la deficiencia y las limitaciones funcionales singulares no son indiferentes o neutrales, sino que constituyen parte importante en la experiencia diaria, de la corporalidad y de la historia de vida de cada sujeto por tanto, al ignorarlas, se estaría suprimiendo parte de la biografía. Por lo cual, se apunta a la recuperación de la experiencia de la persona con discapacidad trascendiendo su representación como sujeto cartesiano descorporizado. (Cenacchi, 2018, p.12)

Los aportes realizados con anterioridad permiten replantear cómo los cuerpos y las mentes no normativas-productivas están oprimidas en un sistema de integridad corporal obligatoria, donde se concibe que no tener una discapacidad es el estado natural del deber ser, un estado altamente deseado. La exclusión que se genera en torno a la concepción biomédica y normativa de los cuerpos, produce diversos grados de exclusión y segregación que terminan manifestándose en limitaciones en las estructuras materiales para la reproducción social y cotidiana de las personas, como el CUD, el cual es un documento nacional obligatorio que deben poseer todas las personas con discapacidad, el cual también limita de manera simbólica.

Sin embargo, en base a lo desarrollado anteriormente, debemos decir que, un cuerpo no solo existe biológicamente, sino que es construido por una sociedad determinada, y ese cuerpo no solo está para ser, sino para sentir y sentir haciendo. Lo singular, la autopercepción y su imagen corporal, cobran importancia para la identificación propia y con los/as demás. La identidad es la interacción dialéctica entre el/la individuo/a y la sociedad (Berger y Luckmann, 1972). Es necesario ver la totalidad del ser, es decir, su cuerpo, su corporalidad y singularidad, y darle un carácter sociohistórico para comprender las maneras de ser y estar en una sociedad determinada.

La diferencia entre los cuerpos nos lleva a la idea de que no existe un cuerpo perfecto, ya que todos/as los/as sujetos/as experimentan o experimentarán limitaciones corporales en



algún momento de sus vidas. Si consideramos la deficiencia corporal (en términos biomédicos) como parte de la historia de los/as sujetos/as y como algo “normal”, se borraría la diferencia limitante entre nosotros/as y ellos/as.

Cenacchi (2018) en sus escritos refiere a los aportes de Davis (2006) quien propone el concepto de dismodernidad para referirse a una era donde la “diferencia”, lo “no-estándar” es lo que todos tenemos en común, la identidad no es fija sino móvil y la tecnología no está separada de nuestro cuerpo, sino que nos completa como también lo hace el/la otro/a, siendo la dependencia e interdependencia “la regla” y no la excepción. A lo que Davis refiere en sus escritos, es que la experiencia de las limitaciones del cuerpo es algo universal, aunque paradójicamente propio y singular. De esta forma, se propone una nueva ética sobre el cuerpo y resignifica los binarismos: deficiencia-normalidad, donde el primer término es la norma y el segundo la fantasía y el de dependencia-independencia, donde opone realidad con un pensamiento imposible.

Concluyendo con el apartado, consideramos importante resaltar que el capitalismo neoliberal como sistema de poder económico y cultural dominante, es el que también constituyó y consolida el imaginario social de lo que deben ser las identidades corporales desde un carácter normativo-productivo. Asimismo, las instituciones encargadas de construir y reproducir identidades por medio de sus marcos normativos como el Estado y el campo de la salud, producen y mantienen un ideal de corporalidad obligatoria, donde queda controlada la discapacidad y cualquier cuerpo que salga de la norma. (Mcruer, 2006)

Como mencionamos anteriormente, uno de los mecanismos para seguir legitimando un ideal de corporalidad obligatoria y las limitaciones que se producen en pos de ello, es el CUD, ya que este documento se presenta como una respuesta ante las desigualdades sociales que atraviesan las personas con discapacidad. Nos resulta interesante debatir sobre el CUD debido a su objetivo implícito, el cual busca seguir reafirmando la discapacidad del/la sujeto/a vestida de “inclusión” y “derecho”. La respuesta del Estado y de la sociedad ante las respuestas que exige el colectivo de personas con discapacidad muestra la visión rehabilitadora que gobierna a las instituciones encargadas de brindar identidad.

Certificado Único de Discapacidad: analizando la certificación



Basándonos en lo que se ha desarrollado anteriormente y habiendo contextualizado la conformación del sistema de salud en Argentina, es importante destacar que hasta 1981 no existía una política de salud diferencial que se aplicara a las necesidades particulares de cada persona y población. Las personas con discapacidad eran una de las poblaciones con un acceso y cobertura desiguales a sus necesidades. El certificado de discapacidad no existía como política focalizada antes de ese año y las necesidades en materia de salud de la mayoría de la población argentina eran cubiertas por el sistema privado y público de la salud, sin tercerización hasta entonces. Cabe resaltar, que no se había establecido una diferenciación en cuanto a la manera de financiar y/o brindar los servicios de los dos sistemas mencionados con anterioridad. (Cetrángolo, 2015)

El CUD es impulsado por medio de la Ley N° 22.431, sancionada el 16 de marzo de 1981, que instaura el denominado “Sistema de protección integral de los discapacitados”. Con esta ley, la dictadura intentó dar una imagen políticamente positiva en el marco que había sido declarado por la Organización de Naciones Unidas como el “Año internacional de los Impedidos”. (Bregain, 2012)

El “Sistema de protección integral de los discapacitados” de la dictadura responsabilizaba a cada subsistema de crear los regímenes diferenciales necesarios para hacerse cargo de las prestaciones de salud que las personas con discapacidad requieran, siempre y cuando presentaran su discapacidad certificada. Sin embargo, recién en 1997, a través de la Ley 24.901, la cual hemos recuperado y analizado en los apartados anteriores, se creó el “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”, que establece cuáles son las prestaciones obligatorias que el subsistema de las obras sociales deberá otorgar a aquellas personas que presenten CUD. (Fara, 2010)

Asimismo, se establece que dichas prestaciones serán financiadas por un presupuesto diferencial a cargo del Estado, denominado Fondo Solidario de Redistribución, a través de un Sistema Único de Reintegro. Es importante destacar que en la década de 1990 se consolidó una respuesta estatal a la falta de accesibilidad de amplios sectores de la población a prestaciones de salud a través de una política diferencial, focalizada en la certificación de discapacidad.

Continuando con el escrito, es relevante caracterizar a la certificación de discapacidad en su doble sentido: por un lado, como una garantía para el cumplimiento de derechos, muchas



veces imprescindible en la forma de organización socioeconómica y estructuración del sistema de salud actual; y, por otro, como una política de discriminación positiva, base de procesos de exclusión incluyente, potencialmente estigmatizante.

Sin embargo, consideramos al CUD como un documento estatal complejo y contradictorio, ya que se pone en juego la garantía de derechos adquiridos y también la identidad que este colectivo viene consolidando a lo largo de la historia. Este documento sigue acentuando la diferencia o clasificación entre personas con discapacidad y sin discapacidad, es decir, en otras palabras y desde la perspectiva biomédica-rehabilitadora desde donde se lo plantea, normal-anormal. El CUD genera dos mecanismos para el cumplimiento de derechos: por un lado, el mecanismo de las personas consideradas “normales”, las cuales no necesitan de un certificado para acceder, por ejemplo, a la educación; y, por otro lado, el mecanismo de las personas con discapacidad, las cuales para acceder a sus derechos necesitan de un certificado que reafirme tanto la discapacidad como sus derechos.

De esta forma, el CUD en vez de incluir y restituir derechos desde una comprensión social de la discapacidad, termina considerando a la discapacidad como un problema individual, invisibilizando las causas que la originan, como así también las barreras con las cuales se enfrentan en la cotidianeidad las personas con discapacidad para el ejercicio de su autonomía personal.

Por consiguiente, detallando más el procedimiento de certificación de la discapacidad como instrumento clasificador de las personas, el procedimiento para certificar y acceder al CUD se da, en primer lugar, mediante un/una médico/a, quien tiene el papel de determinar la discapacidad, su grado y las indicaciones a seguir para rehabilitar al sujeto/a “paciente” de la discapacidad. La visión del certificado sigue siendo biomédica y rehabilitadora, apreciándose cómo la salud sigue atravesando a la discapacidad como campo y sus sujetos/as. Asimismo, el certificado sigue reproduciendo una visión productiva/improductiva de las personas con discapacidad, ya que, en el fondo, la labor del/la médico/a es dejar certificada la funcionalidad de la persona en un sistema de producción capitalista, en el cual se diferencian entre personas productivas e improductivas, considerándose de esta última forma a las personas con discapacidad, según la certificación.

En segundo lugar, una vez obtenida la certificación médica de la discapacidad, la persona debe presentarse ante una Junta Evaluadora Interdisciplinaria, conformada por un/a



médico/a, un/una trabajador/a social y un/una psicóloga/o. La función de estos/as profesionales es la de evaluar y definir las prestaciones que le corresponden a la persona en base a la discapacidad definida anteriormente.

Concluyendo con el apartado, deberíamos construir una sociedad, un sistema de salud y un marco normativo en el cual la exigencia a los prestadores públicos, privados y semi-privados de los satisfactores y servicios a las necesidades de todas las personas no requiera de una certificación para acceder a la salud, educación, formación y/o transporte. El CUD es exclusivo para un grupo: las personas que históricamente han estado bajo el ojo de una ideología de la normalidad. En la actualidad, las personas con discapacidad problematizan el carácter “inclusivo” del CUD, ya que, como hemos desarrollado anteriormente, solo pertenece a las personas con discapacidad, acentuando la exclusión y diferencia tanto de otras identidades como de quienes no poseen discapacidad.

Entonces, aquí se abre el debate sobre la delgada línea entre inclusión y exclusión, los cuales son dos procesos complementarios que operan en simultaneidad. Por lo tanto, asumir una identidad fuerte que afirma al colectivo “personas con discapacidad” refuerza la separación nosotros/as y ellos/as, así como también las estructuras opresivas sociales (Meekosha & Shuttleworth, 2009). Además, en la práctica, en la demarcación de esas categorías y determinación de cuáles sujetos/as pertenecen a cada grupo, continúa siendo necesario el criterio del/la profesional médico/a. Es decir, se mantiene vigente el modelo médico (poder médico, psicológico, psicopedagógico) para la medida de las deficiencias y la clasificación y certificación de las discapacidades.

Marco legal

En el presente apartado, recuperaremos algunas de las leyes que constituyen la legitimación de identidades de los/as sujetos/as con las cuales llevamos adelante la intervención pre-profesional realizada durante el año 2022. Esto es importante porque desde el lugar desde el cual es concebido/a el/la sujeto/a, es desde donde se dará una respuesta a las necesidades que están atravesándoles. Asimismo, algunas de las normas que serán mencionadas a continuación fueron orientando nuestra comprensión del contexto actual de la discapacidad, salud y hemodiálisis.



En Argentina, la lucha por la inclusión, la visibilidad y la eliminación del estigma a las personas con discapacidad tuvo su primer avance legal el 16 de marzo de 1981 con la Ley de "Sistema de Protección Integral de los Discapacitados" (N°. 22.431). El objetivo de este marco normativo fue brindarles a los/as sujetos/as con discapacidad servicios como atención en salud, educación y seguridad social. A su vez, se buscaba atenuar las desventajas que "las discapacidades generan en las personas", de modo que se logre establecer un rol equitativo con el resto de los/as ciudadanos/as. Si bien la norma se piensa y ejercita desde un marco capacitista y biomédico, en el cual se sigue poniendo foco en el carácter individual de la discapacidad, se consideró una primera aproximación a la respuesta de necesidades en cuanto a un acceso particularizado a determinados servicios de las personas con discapacidad.

Asimismo, siguiendo lo mencionado con anterioridad y ampliando la idea dada, es importante mencionar la Ley 24.901, sancionada en 1997, que apunta a la construcción de un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Esta norma contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Sin embargo, sigue la concepción biomédica, rehabilitadora e individualizada de la discapacidad.

De manera análoga, uno de los avances históricos para las personas con discapacidad se produjo en 2006, cuando se creó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este instrumento internacional y jurídico de derechos humanos de las Naciones Unidas está destinado a proteger y hacer valer los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, y entró en vigor en 2008. Es importante destacar que Argentina suscribió a dicha Convención en el año 2007 y la ratificó en 2008, incorporando en ese mismo año la Ley 26.378 a la normativa nacional. Dicha ley tiene como objetivo asegurar el derecho de las personas con discapacidad a participar sin discriminación en toda la vida de la sociedad. El paradigma que sostiene es el modelo de Atención Integral.

Recuperaremos el CUD, herramienta legal que hemos traído a debate anteriormente, debido a que, el servicio de hemodiálisis en el cual nos insertamos para llevar adelante nuestras prácticas de intervención pre-profesional, profundiza y trabaja como estrategia la utilización y promoción del certificado para proporcionar servicios más acordes a las necesidades de salud de las personas. Además, en el espacio institucional en el cual estuvimos insertos, se ejercita de manera estricta el cumplimiento de la Ley de "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud" (N°. 26.529), la cual fue sancionada el 21 de octubre



de 2009. Mediante esta ley, los/as sujetos/as tienen derecho a ser asistidos/as por los/as profesionales de la salud sin distinción alguna. Es deber de los/as agentes del sistema de salud intervinientes otorgar un trato digno tanto a ellos/as como a sus familiares o acompañantes. Cabe destacar, que el/la sujeto/a posee autonomía de la voluntad, es decir, tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias y procedimientos médicos o biológicos. Por último, es fundamental destacar la importancia de la obligatoriedad de contar con la historia clínica, un documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al/a la sujeto/a por profesionales y auxiliares de la salud.

Si bien algunas de las leyes recuperadas con anterioridad tienen una visión biologicista y rehabilitadora de los/as sujetos/as a las cuales están dirigidas, no podemos negar un avance en la concepción de sujeto/a desde una perspectiva de derecho por parte del Estado. Traer a debate la ley de derechos del paciente en relación con los/as profesionales e instituciones de salud, produce un cambio en el rol del/la sujeto/a y de los/a profesionales de salud, limitando el saber médico-hegemónico y otorgándole la potestad de poder decisivo a las personas.

En relación al campo específico en el cual nos insertamos para llevar adelante nuestra intervención, que es el servicio de hemodiálisis, es importante destacar la existencia de la “Ley de Tratamiento de Diálisis. Requisitos Básicos para la Habilitación y Funcionamiento de las Unidades de atención en salud Destinadas a la Aplicación de Diálisis Corpórea y Extracorpórea en el Tratamiento de la Insuficiencia Renal” (N° 22.853), sancionada el 22 de julio de 1983. Es fundamental indicar que la aplicación de diálisis intra o extracorpórea para la depuración de la sangre en el tratamiento de la insuficiencia renal, sólo podrá efectuarse de acuerdo a las disposiciones de esta ley, que rigen para todo el país.

Continuando con el escrito, recuperaremos el Artículo 14 de la Constitución Nacional Argentina para mencionar uno de sus fragmentos, el cual describe que todos los habitantes de la Nación gozan del derecho de “asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender”. Asimismo, el Pacto de San José de Costa Rica, en su artículo 16, establece “Toda persona tiene el derecho de asociarse con otras para promover, ejercer y proteger sus intereses legítimos de orden político, económico, religioso, social, cultural, profesional, sindical o de cualquier otro orden”.

Lo desarrollado con anterioridad tiene la intención de reflexionar sobre la importancia de las asociaciones civiles dentro de nuestro marco normativo y en la sociedad, ya que lo que



buscan las Organizaciones de la Sociedad Civil es crear agrupaciones de personas para tratar de acortar la distancia entre lo que es una situación actual y la situación deseada.

Las Organizaciones de la Sociedad Civil se proponen resolver problemas socialmente relevantes, se constituyen por grupos de personas que se dan un marco de normas y reglas que regulan su acción de manera tal se vuelva previsible y deseable, con el objeto de resolver problemas en un contexto inmediato que les exigirá negociar, acordar, colaborar, neutralizar otros actores o sea desarrollar estrategias, caminos que le permitan pasar de la situación actual a la situación deseada”. (Di Ciano, 2016, p.1)

Siguiendo con la descripción de nuestro marco normativo, a nivel nacional, cabe destacar la existencia de la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina (CADRA), la cual es una asociación civil sin fines de lucro fundada por las asociaciones provinciales de diálisis de la República Argentina. Su objetivo principal es reforzar el vínculo entre ellas, emprender conjuntamente acciones de carácter científico y educacional en diálisis y nefrología, y defender los derechos de los centros y establecimientos que conforman las asociaciones. Uno de sus propósitos centrales es solicitar a los poderes públicos nacionales, provinciales y municipales la promulgación, derogación o reforma de leyes, decretos, resoluciones y ordenanzas que regulen la actividad de los establecimientos de diálisis en el país, procurando así el perfeccionamiento de la legislación vigente en la materia.

Por último, y concluyendo con el apartado, en la provincia de Córdoba se encuentra la Asociación de Prestadores de Hemodiálisis y Trasplantes Renales del Centro (A.P.H.E y T.R.C), que es una asociación sin fines de lucro formada por la totalidad de los centros de diálisis de la provincia de Córdoba. Los centros están agrupados con el fin de relacionarse con las diferentes obras sociales del país. La asociación actúa por orden expresa de los centros de diálisis, a través de un poder o mandato entregado para actuar en su representación, facilitando así la tarea administrativa de estos. Esta entidad forma parte del nuevo Programa de Salud Renal, lanzado por la APE (Administración de Programas Especiales), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, siendo designada por dicha APE como asesora de las obras sociales en la implementación del mismo.

CAPÍTULO II:

"Escenario: ¿Dónde se encuentra la máquina de la vida?"





En el presente capítulo, desarrollaremos nuestro escenario de intervención, el cual fue el Servicio Social del Hospital Córdoba. Este nosocomio se encuentra ubicado en la Provincia de Córdoba.

Decidimos llevar adelante nuestra práctica de intervención pre-profesional en dicha institución, ya que este cuenta con un área dedicada exclusivamente al trabajo social, llevando por nombre “Servicio Social”. Aquí, nuestro interés se centró en conocer las incumbencias y/o desafíos a los cuales se enfrentan los/as profesionales del trabajo social en el campo de la salud. Por dicho motivo, en las siguientes páginas se dará a conocer más en profundidad la institución dentro de la cual se encuentra nuestro escenario de intervención, el Servicio Social del Hospital Córdoba. Describiremos, en primer lugar, la constitución, funciones, accesibilidades, servicios, etc. del Hospital Córdoba como institución de salud, para posteriormente mencionar y describir los roles y funciones del trabajo social en dicho nosocomio.

Los/as profesionales del trabajo social se encargan de atender diversas demandas que ingresan de manera interna y externa a la institución de forma directa e indirecta. Asimismo, el trabajo social, como otras disciplinas no médicas, se encuentra en constante lucha por legitimar su saber en una institución atravesada por la salud, con profesionales de la medicina con una fuerte visión médico-hegemónica.

Concluyendo con el apartado, resaltamos que una de las grandes labores del trabajo social en el Hospital Córdoba se centra en la atención, asesoramiento e intervención con sujetos/as en proceso de hemodiálisis. Los/as sujetos/as con los cuales llevamos adelante nuestra práctica de intervención pre-profesional son las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, por lo cual, caracterizaremos el Servicio de Hemodiálisis como parte de nuestro escenario de intervención.

Escenario de intervención: Hospital Córdoba

Para comenzar con el apartado, es fundamental indicar qué entendemos por escenario; este, en trabajo social, hace referencia al contexto en el que se desarrolla la intervención profesional, el cual puede ser variado, incluyendo entornos tales como organizaciones, instituciones, comunidades, hospitales, escuelas, etcétera. En ese sentido, cabe destacar, que el concepto de escenario ha sido abordado por diversos autores, teniendo cada uno su propia perspectiva. Siguiendo los aportes de Maritza Montero (2005), se puede definir al escenario



como un espacio social, histórico y cultural que tiene una dimensión física, pero también simbólica, ya que está construido por las relaciones sociales, las interacciones y los significados que se le atribuyen. Asimismo, tomando los aportes de Ana Isabel Lima Fernández (2009), se indica que el escenario en el trabajo social es un espacio de encuentro y relación entre el trabajador social y las personas, grupos o comunidades con las que lleva a cabo su labor, que se caracteriza por la complejidad, la diversidad y la incertidumbre.

Por lo tanto, considerando lo mencionado con anterioridad, podemos indicar que la clara comprensión del escenario en el cual el/la trabajador/a social está interviniendo es un factor clave, debido que puede ser influyente en la manera en que aborda las necesidades y problemas sociales de los/as sujetos/as, familias y/o comunidades con los que se encuentra trabajando. A su vez, el escenario puede afectar el tipo de conocimientos y habilidades que el profesional necesita tener para llevar adelante una intervención fundada. Por ejemplo, trabajar en una comunidad rural puede requerir poseer habilidades específicas en términos de comunicación y trabajo con grupos pequeños, mientras que trabajar en una institución médica necesita conocimientos específicos sobre el campo de la salud y políticas de salud.

En este punto, se reconoce al trabajo social como la profesión encargada de atender las necesidades y de reconocer las potencialidades de los/as sujetos/as, interviniendo en un escenario que construye-deconstruye las lecturas que el profesional lleva adelante en este campo, ya que hay contradicciones en juego que se tensionan a lo largo de la intervención. Sin importar cuál sea el campo de intervención, la complejidad de los problemas que se abordan siempre exige una vigilancia epistemológica.

Como estudiantes tesistas, hemos comprendido, investigado y abordado las problemáticas que los sujetos afrontan en su vida cotidiana, y cómo los determinantes sociales de salud existentes se transforman en obstáculos a la hora de su tratamiento en hemodiálisis. Teniendo en cuenta que el escenario es cambiante y puede provocar nuevos padecimientos, todo esto interpela a la institución, a los/as sujetos/as y a las prácticas.

Siguiendo con lo desarrollado, cabe destacar que la institución en la cual estuvimos insertos/as durante nuestras prácticas pre-profesionales es el Hospital Córdoba de la Provincia de Córdoba, el cual atiende diversas problemáticas de los sujetos del territorio cordobés, siendo ese nuestro escenario de intervención. Este nosocomio fue fundado el 1 de julio de 1950,



durante la presidencia de Juan Domingo Perón, siendo su ministro de Acción Pública el Dr. Ramón Carrillo.

En el contexto en el que surgió el Hospital Córdoba se producían profundas transformaciones en los aparatos estatales dedicados a impulsar políticas sociales en la Argentina, con la ampliación de sus prestaciones, el alcance de sus intervenciones sobre la población y la modificación de sus instrumentos burocráticos de acción. En ese contexto, una de las áreas de mayor actuación del Estado Peronista dentro del campo de lo social fue la salud que incrementó su centralidad dentro de las políticas públicas, jerarquizándose al interior de los organigramas estatales y logrando resultados significativos para la posguerra como la duplicación de las camas hospitalarias, la disminución de la mortalidad bruta y la erradicación de algunas endemias regionales como el paludismo.

La expansión de los servicios de salud se tornó visible recién en el período de entreguerras y, más específicamente, desde 1930. La descentralización habría sido un rasgo constitutivo, en ese momento, del sistema de salud en la Argentina y sus jurisdicciones, como la cordobesa, fueron las responsables centrales de su estructuración.

En la posguerra se expandió la atención primaria y especializada de la salud debido a las grandes demandas. Todos estos fenómenos muestran, en consecuencia, que entre 1930 y 1955, en la provincia de Córdoba, se produjo un incremento sostenido en las prestaciones sanitarias que comenzaron a beneficiar más sistemáticamente a la población de menores ingresos y habitantes de los espacios rurales. Estos procesos significaron una mayor disponibilidad de servicios de salud en la que participaron diversos proveedores estatales y civiles.

La inauguración del hospital moderno especializado en 1950 marcó un hito de política sanitaria y social, otorgando mayor calidad de vida. El perfil del Hospital Córdoba quedó así sellado desde su inauguración, desde un criterio de equidad (principio de políticas sanitarias de ese momento en el país) al acceso sanitario, dada la contemporaneidad del momento de la praxis médica y de la evolución social del momento.

Por consiguiente, el Hospital Córdoba se encuentra ubicado en Barrio General Paz, sobre las calles Avenida Patria 656 y Libertad 2050, colindante también con las calles Eufrasio Loza y Oncativo. Se encuentra dirigido actualmente por el Dr. Guillermo Moisés Azize y el subdirector Dr. Iver Juan Luis Pistoia. Este hospital, al formar parte del sistema de salud



pública, brinda servicios de forma gratuita, permitiendo que toda la población tenga acceso a una cobertura médica, contando también con el único Instituto del Quemado de la provincia.

El autor Gregorio Kaminsky (1994) indica que las instituciones hacen a un conjunto de relaciones que atraviesan y confluyen en un espacio, se da una articulación, un movimiento constante de lo instituido y lo instituyente que se materializa en una organización, entendida como el espacio en donde los/as sujetos/as desarrollan sus actividades de intercambio.

Dentro de dicho nosocomio, se materializan las políticas públicas de salud, siendo a su vez un espacio en el cual existen diversas concepciones y/o miradas de salud, dándose espacios de lucha entre las diferentes profesiones en busca de aumentar y/o conservar su hegemonía y poder en el campo. Sin embargo, cabe destacar, que a pesar de que cada profesión puede desarrollarse en el marco de determinado paradigma, la relación entre paradigmas de salud y profesiones no es directa ni lineal. En este sentido, es relevante señalar que los/as profesionales médicos/as suelen operar dentro de un paradigma médico-hegemónico, donde la prioridad es la salud de los individuos desde una perspectiva puramente médica.

Por otro lado, en el campo del Servicio Social, prevalece un paradigma en el cual se concibe la salud como una capacidad de lucha desde una perspectiva basada en los derechos, y se considera a la persona de manera integral. En esta visión, se presta atención y se evalúan las condiciones en las que se encuentran las personas no solo en su hogar, sino también en aspectos laborales y otros aspectos sociales. El objetivo primordial es garantizar el bienestar de estas personas una vez que sean dadas de alta en la institución. Así, podemos apreciar que las diferencias entre los paradigmas de salud y las profesiones existen y pueden tener un impacto significativo en la forma en que se aborda y se brinda atención a los/as sujetos/as. Además, es importante indicar que la lucha por el poder y la hegemonía en el campo de la salud no se limita a las profesiones específicas, sino que también puede existir dentro de ellas. Por ejemplo, un/a trabajador/a social puede reproducir prácticas del modelo médico-hegemónico en su intervención. De esta manera, se busca enfatizar en que puede haber excepciones en las que un/a profesional se identifique con un paradigma de salud diferente al hegemónico de su profesión.

Es importante remarcar que el Hospital Córdoba se rige por una estructura normativa basada en un marco institucional de políticas sociales. Esta estructura comprende un conjunto de reglas formales y normas escritas que permiten la coordinación, así como normas informales



que se refieren a prácticas no escritas. Estas normas informales pueden tanto facilitar como obstaculizar la gestión y también estructuran las relaciones entre diferentes grupos de individuos y gobiernos, definiendo las posibilidades de interacción y colaboración entre los distintos sectores involucrados (Repetto, 2009).

En el período comprendido entre los años 2002 y 2004, se establecieron diversas reglas formales a nivel ministerial que regulan la intervención de los/as profesionales de la salud, incluyendo al Servicio Social. Estas leyes tienen como objetivo principal ordenar el funcionamiento del marco normativo y legal del ejercicio profesional, así como mantener un orden institucional. Sin embargo, también buscan asegurar el servicio a la persona humana en todos sus aspectos. Estas normativas amplían la perspectiva hacia los derechos, tanto en las obligaciones y responsabilidades profesionales como en la protección de los/as profesionales. Además, fomentan la promoción de la interdisciplinariedad en el ámbito de la salud.

Hospital Córdoba como prestador de alta complejidad

Es importante aclarar que, se caracteriza al Hospital Córdoba como prestador de un servicio en salud de alta complejidad. Para esto, nos remitimos a la definición de categorización de los establecimientos asistenciales que da el Ministerio de Salud de la Provincia, el cual indica lo siguiente:

La categorización de los establecimientos asistenciales de salud se basa en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad tecnológica disponible. Para ello se organizan en tres niveles: primer nivel de bajo riesgo (promoción, protección y diagnóstico temprano de salud), segundo nivel de mediano riesgo (igual que el primer nivel y mayor nivel de resolución) y el tercer nivel de alto riesgo (nivel en que se ubica el Hospital Córdoba).

El tercer nivel puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo, en condiciones de resolver total o parcialmente, aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que requieren mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto sea por los recursos humanos capacitados, como así también por los recursos tecnológicos disponibles.

Los programas que se trabajan en este, pertenecen a diferentes jurisdicciones del Estado, las cuales pueden ser de nivel nacional -se desarrollan en las provincias-, nivel



provincial y nivel hospitalario. Estos últimos, se trabajan al interior de las instituciones y lo ejecutan los profesionales a través del trabajo interdisciplinario.

La División de Servicio Social Central participa de la coordinación y articulación de los programas detallados a continuación, entre los Servicios Sociales de cada hospital y los Ministerios Provinciales y Nacionales.

- **Programas:** Consejería de VIH, Programa de Hemofilia, Programa de Miastenia, Programa de Oxigenoterapia, Programa de Cesación Tabáquica, Programa de TBC (Tuberculosis), Programa de Trasplante (órganos y tejidos), Programa Córdoba Diabetes (PROCORDIA) Y Programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica.

El Hospital Córdoba también cuenta con diversos servicios que buscan garantizar el acceso al cumplimiento del derecho a la salud de toda la población cordobesa, por medio de la atención especializada. Algunos de los servicios con los que cuenta el nosocomio son:

- **Servicios:** Anatomía Patológica, Anestesiología y Algología, Bioquímica, Cardiología, Bucal y Odontología, Tórax y Cardiovascular, Cirugía General, Bariátrica y Vascular; Clínica Médica (cátedra de la Universidad Nacional de Córdoba), Clínica Médica, Dermatología, Diagnóstico e Imágenes, Enfermería, Farmacia, Guardia y Emergencias, Hemodiálisis, Laboratorio, Kinesiología y Fisioterapia, Medicina Intensiva, Escuela de Trabajo Social - UNC Hospital Córdoba (UTI), Nefrología, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia, Salud Mental, Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes, Infectología, Oncología, Servicio Social, Urología, UCO, Hemodinámica, Alergia e Inmunología, Endocrinología, Gastroenterología, Médico-Jurídica (medicina legal), Nutrición y Quemado (conocido como Departamento General del Quemado y Cirugía Plástica).

El Hospital Córdoba también cuenta con diversas comités que buscan supervisar el cumplimiento de las normas, derechos y ejercitar el pluralismo de voces de los/as profesionales de salud y miembros de la comunidad, a fin de hacer del Hospital, un espacio de mayor profesionalismo y fuente de restitución del derecho al acceso a la salud.

- **Comités:** Capacitación y Docencia, Bioética, Nutrición, Institucional de la Ética en Investigación de la Salud del adulto, Mejora del Medio Ambiente Hospitalario, Tumores y Seguridad del Paciente.



En resumen, el Hospital Córdoba ofrece una amplia variedad de programas y servicios para abordar las necesidades de las personas, trabajando de manera interdisciplinaria y en colaboración con otras instituciones y jurisdicciones del Estado. Esta diversidad de programas y servicios refleja el compromiso de la institución en brindar atención integral y mejorar la calidad de vida de los/as sujetos/as. Una parte importante de los esfuerzos del sistema sanitario son dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. Los programas de salud pública buscan además integrar a todos los sectores de la población, garantizando que los grupos con derechos vulnerados tengan acceso a la atención médica, como así también al acceso de la información sobre la salud. Asimismo, los servicios que brinda el Hospital Córdoba cubren una amplia gama de especialidades médicas y áreas de atención. Además, la existencia de comités especializados demuestra el compromiso de la institución con la formación, ética, seguridad y mejora continua en la atención médica.

Hospital Córdoba: accesibilidad infraestructural y simbólica

La accesibilidad en salud se refiere a la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. En la actualidad, nos encontramos con desafíos significativos en términos de accesibilidad, ya que muchas personas enfrentan limitaciones para acceder de manera equitativa a los servicios de salud. Las limitaciones en el acceso a la salud incluyen considerar factores como el género, la edad, la raza, la orientación sexual, la discapacidad, el nivel socioeconómico y otros aspectos relevantes toman relevancia al momento de acceder a la salud.

Cuando hablamos de accesibilidad, en primer lugar, debemos identificar desde qué marcos la institución en la que nos insertamos mira y piensa a la salud y discapacidad. En este punto, es importante destacar que en el Hospital Córdoba prevalece el paradigma biomédico, el cual domina el sistema de salud actual. Este enfoque divide el cuerpo en compartimentos, estableciendo el diagnóstico y tratamiento basado en las partes afectadas, lo que lleva a considerar el cuerpo como una entidad fragmentada. Este enfoque se fortaleció a principios del siglo XIX debido al orden social que se fue estructurando junto con las necesidades del capitalismo y su modelo de acumulación. Esto dio lugar a una ciencia médica que prioriza la producción de la fuerza de trabajo, considerando al órgano enfermo y al individuo como paciente (Di Tella, 2004).



Durante nuestro paso por el nosocomio y en el recorrido institucional realizado con frecuencia, pudimos observar que en los distintos servicios prevalece un modelo de organización médica en el cual la intervención profesional se basa en una visión biologicista y médico hegemónica, sin considerar adecuadamente lo social. Todos los servicios se organizan según la lógica médica, evaluando únicamente el éxito o fracaso de las intervenciones médicas, sin tener en cuenta el impacto que estas tendrán en la vida cotidiana de los/as sujetos/as y su entorno, tanto previamente como posteriormente.

En cuanto a la perspectiva del nosocomio respecto a la discapacidad, es importante destacar que se aborda principalmente desde enfoques médico-rehabilitadores. En este contexto, el objetivo principal es la rehabilitación del individuo con discapacidad, centrándose en aspectos físicos o funcionales, pero sin profundizar en la problematización de las barreras simbólicas y materiales que la sociedad misma construye y que afectan significativamente la autonomía y calidad de vida de estas personas.

Esta visión médico-rehabilitadora tiende a centrarse en la corrección o mejora de las limitaciones físicas o cognitivas que puedan presentar las personas con discapacidad, a través de terapias y tratamientos dirigidos a dichos aspectos. Si bien estos enfoques pueden mejorar la funcionalidad y la independencia en ciertos aspectos, es importante reconocer que el impacto de la discapacidad va más allá de las cuestiones puramente médicas.

Siguiendo con el desarrollo y ampliando los aportes en torno a la accesibilidad en salud, esta no se limita únicamente al acceso físico a los servicios, sino que también implica comprender los derechos de las personas y tener la capacidad de utilizar efectivamente los servicios de salud. Además, es fundamental que la información sobre los servicios esté disponible de manera clara y comprensible. En este sentido, es necesario abordar las barreras que dificultan la accesibilidad en salud, como la falta de infraestructuras adecuadas, la carencia de servicios adaptados a personas con discapacidad, las inequidades en el acceso a la atención médica debido a la ubicación geográfica o la discriminación basada en la identidad de género u otros factores.

Desde una perspectiva crítica, la accesibilidad en salud implica también la eliminación de obstáculos físicos, sociales, económicos y culturales que impiden que las personas reciban la atención en salud que necesitan. De este modo, para garantizar una atención en salud



verdaderamente accesible es necesario transformar los sistemas y estructuras que sostienen las desigualdades sociales y económicas.

Siguiendo con lo mencionado con anterioridad, consideramos pertinente mencionar que la accesibilidad en salud es un tema importante en las ciencias sociales y ha sido abordado por diversos/as autores desde diferentes perspectivas. La autora María Luisa Sánchez (2006), señala que la accesibilidad se relaciona con el grado de facilidad o dificultad que tienen las personas para acceder a los servicios de salud, y que esta accesibilidad está determinada por factores como la disponibilidad, la aceptabilidad, la asequibilidad y la adaptabilidad de los servicios. Por su parte, Ana V. Diez Roux (2012) destaca la importancia de considerar la accesibilidad en salud desde una perspectiva ecológica, que permita analizar las interacciones entre las personas y su entorno, y cómo estas interacciones influyen en la accesibilidad a los servicios de salud. Por último, Adriana Petryna (2002) aborda la accesibilidad en salud desde una perspectiva más amplia, enfocándose en las barreras estructurales que impiden que ciertas poblaciones tengan acceso a la atención en salud, como las políticas gubernamentales restrictivas, la falta de infraestructura, la discriminación y la marginación social.

En este sentido, se logra identificar que todas las autoras coinciden en que la accesibilidad en salud es un aspecto crítico para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de atención en salud y mejorar la salud de la población. Sin embargo, cada una de ellas aporta una perspectiva diferente y complementaria sobre los factores que determinan la accesibilidad y las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud. Asimismo, cabe destacar, que todas enfocan la accesibilidad en salud desde una perspectiva multidimensional, que va más allá de la disponibilidad de servicios médicos, estando determinada también por factores sociales, económicos, culturales y políticos, que pueden impedir que ciertas poblaciones tengan acceso a la atención en salud que necesitan. Además, todas destacan la importancia de que los servicios de salud sean de calidad y estén adaptados a las necesidades de la población a la que sirven. A su vez, se reconoce la importancia de considerar las interacciones entre las personas y su entorno, ya sea desde una perspectiva ecológica como propone Ana V. Diez Roux, o desde una perspectiva más amplia de las barreras estructurales que impiden el acceso a la atención en salud, como sugiere Adriana Petryna.

En síntesis, desde las ciencias sociales se ha puesto énfasis en la importancia de abordar la accesibilidad en salud desde una perspectiva integral, que tome en cuenta no solo los aspectos clínicos y técnicos de la atención en salud, sino también los factores sociales y culturales que



influyen en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Esto incluye, por ejemplo, la forma en que se organizan y financian los servicios de salud, la calidad de la atención en salud que se brinda, la capacidad de las personas para entender y participar en su propio cuidado de la salud, y la relación entre los/as sujetos/as y los/as proveedores/as de atención en salud, fomentando la comunicación abierta y respetuosa entre ambas partes.

En ese sentido, en lo que respecta a la accesibilidad infraestructural del nosocomio en el cual realizamos nuestro trabajo final de grado, el Hospital Córdoba cuenta con un edificio que posee cuatro entradas y contempla cinco pisos. Además, posee dos ascensores, una rampa que recorre todos los pisos y escaleras con las mismas características, una farmacia, kiosco, comedor, capilla, consultorios externos, salas de internación, cuidados intermedios, rehabilitación, quirófano, salas comunes de médicos y residentes, vestuarios, baños, etc. En el último piso, se encuentra la Dirección del Hospital. No obstante, la distribución física del nosocomio resulta confusa a la hora de recorrerlo, tanto para los/as sujetos/as que recurren intermitentemente como para los/as profesionales que se desempeñan a diario allí mismo, debido a su amplitud y la similitud de los pisos, los cuales cuentan únicamente con pequeñas diferencias entre unos/as y otros/as.

A pesar de que la institución cuenta con rampas para garantizar la accesibilidad a personas con movilidad reducida, es necesario reconocer que existen otros aspectos que aún son pasados por alto y no comprendidos como una limitación social para las personas con discapacidad, manifestando una visión reduccionista de la discapacidad. Es importante destacar que la accesibilidad no solo se refiere a la eliminación de barreras arquitectónicas, como la instalación de rampas, sino también a la inclusión de medidas que aborden las necesidades de todas las personas con discapacidad como a estos/as mismos/as dentro del diseño y funcionamiento de la institución. Esto implica la implementación de sistemas de comunicación alternativos, como el braille y el lenguaje de señas, para garantizar que las personas con discapacidades visuales o auditivas puedan acceder a la información y comunicarse de manera efectiva dentro de la institución. Asimismo, abordar las necesidades y la inclusión debería ser también la inclusión de puestos laborales que sean ejecutados por personas con discapacidad.

Para lograr una atención verdaderamente inclusiva, es fundamental que la institución se comprometa a realizar ajustes y mejoras en su infraestructura y servicios, con el objetivo de garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas, sin importar su discapacidad. Esto implica brindar capacitación al personal en la atención a personas con discapacidad,



promover la sensibilización sobre la diversidad y las necesidades de accesibilidad, y trabajar en conjunto con organizaciones y expertos/as en discapacidad para implementar soluciones adecuadas y efectivas. Es necesario seguir avanzando en la inclusión y el respeto de los derechos de las personas con discapacidad, implementando medidas concretas para garantizar su participación plena y su igualdad de oportunidades en el ámbito de la atención en salud.

Por otra parte, y siguiendo con la idea desarrollado con anterioridad, es fundamental hablar de la accesibilidad simbólica, la cual, según García (2013), quien hace referencia a los aportes de Comes y otros (2007), se vincula con la relación existente entre los/as sujetos/as destinatarios/as y los servicios, considerando que las dos partes son conductores de la posibilidad e imposibilidad del encontrarse, así como constructores de la accesibilidad. Los diferentes determinantes económicos, culturales y sociales que atraviesan a las personas usuarias de los servicios que brinda el Hospital Córdoba los coloca en un lugar de poder por debajo del que manejan los/as médicos/as en el nosocomio, debido que la tecnicidad de su lenguaje dificulta a la comprensión de la persona que asiste en busca de atención. El poder de las palabras no es otra cosa más que el poder que maneja y que mantiene en la comunicación quien emite un diagnóstico, en este caso el/la médico/a, el cual coloca una barrera de acceso a la información y a la participación en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado si no se utilizan estrategias de comprensión lingüísticas adecuadas que faciliten la comunicación en la construcción de salud entre los profesionales y quienes acceden al nosocomio.

Continuando con el escrito, es importante destacar el papel fundamental que desempeña el trabajo social en la promoción y prevención de la salud, contribuyendo a la accesibilidad del conocimiento. La salud ha sido uno de los escenarios tradicionales para nuestro ejercicio profesional, y fue allí donde nació la intervención como aquella que nos ha permitido construir una historia disciplinar, de la mano de prácticas de asistencia, prevención, promoción y educación en diferentes sectores poblacionales (Miranda Aranda, 2010, p. 170-171). La salud, entonces, en y para el trabajo social debe ser entendida como proceso social que, además de ser parte del ciclo vital humano (Franco, 1993, p. 1-8), es el resultado de determinantes sociales y relacionales en el orden de lo político, lo económico y lo cultural, y de formas de organización de las sociedades según el género.

La salud desde lo social alude a esos procesos de relacionamiento que se construyen en los colectivos humanos y que posibilitan determinadas formas de cuidar y mantener la salud, en corresponsabilidad con las instituciones creadas por el Estado para atender este derecho



fundamental. Debemos considerar el cuidado y la prevención como parte del todo humano. Para el trabajo social, este ámbito de acción es indudablemente esencial, en perspectiva de la intervención comunitaria por medio de la promoción y la educación en salud como tipos de acción que rompen con la visión tradicional instrumental que se le ha dado a nuestra participación en este ámbito.

A través de campañas de promoción y prevención de diversos tipos, los/as profesionales del trabajo social y otros servicios del Hospital Córdoba trabajan en talleres y actividades destinadas a difundir información relevante y brindar herramientas para mejorar la salud de las personas.

Estas campañas promueven la participación activa de los/as individuos/as como protagonistas en la construcción de su propia salud. Un ejemplo concreto de esto fueron las charlas abiertas al público sobre la miastenia gravis y la esclerosis múltiple que tuvieron lugar en uno de los pasillos del hospital. En estos eventos, participaron profesionales de diversas disciplinas, como nefrología, kinesiología y trabajo social, junto con personas que conviven con estas enfermedades, sus familiares y aquellos/as que esperaban turno en el hospital en ese momento.

La participación multidisciplinaria en estas actividades demuestra la importancia de abordar la salud de manera integral y colaborativa. La presencia de profesionales de diferentes áreas permite un enfoque holístico que atiende las necesidades físicas, emocionales y sociales de las personas. Estas iniciativas también desempeñan un papel crucial en la eliminación de las barreras simbólicas que dificultan el acceso a la información para diversos/as individuos/as.

En ese sentido, se puede indicar que dentro del Hospital Córdoba se llevan adelante prácticas que promueven la participación activa de los/as sujetos/as en su propio cuidado al proporcionarles información relevante, oportunidades de intercambio de experiencias y la posibilidad de establecer redes de apoyo. Al involucrar a los/as sujetos/as y a sus familias, se reconoce su experiencia y se les da voz en la construcción de su salud.

Es fundamental seguir promoviendo espacios de este tipo, donde se pueda brindar información clara y comprensible, y fomentar la participación activa de la comunidad en la promoción y prevención de la salud. Además, cabe destacar, que el trabajo social desempeña un papel esencial al considerar los factores sociales y contextuales que influyen en la salud de las personas, abordando las desigualdades y buscando soluciones inclusivas.



En este punto, traemos a análisis la teoría de la democratización del conocimiento de Paulo Freire, la cual se relaciona con las prácticas subalternas que se llevan a cabo en el Hospital Córdoba, ya que ambas comparten la idea central de empoderar a los/as individuos/as y promover su participación. Según Freire (1970), el conocimiento no debe ser unidireccional, sino un proceso de diálogo y construcción conjunta entre educadores/as y educandos/as. En el contexto del nosocomio en el cual realizamos nuestras prácticas, esta teoría se puede aplicar a través de los talleres y campañas de promoción y prevención realizadas por los/as profesionales, entre ellos/as los/as trabajadores/as sociales, para promover la prevención y la accesibilidad al conocimiento en temas de salud.

Estas prácticas subalternas buscan romper con la tradicional relación asimétrica entre los profesionales de la salud y los/as sujetos/as que asisten a la institución, fomentando un enfoque más horizontal y participativo. En lugar de considerar a las personas como receptores/as pasivos/as de información, se les reconoce como sujetos/as activos/as que pueden aportar sus propias experiencias y conocimientos en el proceso de cuidado de su salud. En línea con la teoría de Freire, estas prácticas buscan generar un espacio de diálogo y participación, donde las personas puedan compartir sus inquietudes, preguntas y experiencias. Se fomenta la reflexión crítica y la toma de conciencia sobre los determinantes sociales de la salud, y se invita a las personas a cuestionar y desafiar las estructuras de poder que pueden limitar su acceso a la información y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre los procesos de salud.

Por último, el hospital es una gran fuente de conocimiento y prestadora de servicios para aquellos que desean profesionalizarse en el campo de la salud, como, por ejemplo, estudiantes o profesionales de medicina, psicología, kinesiología y fisioterapia, y trabajo social, ya que permite que residentes, pasantes, tesistas y estudiantes asistan y participen de sus espacios, ya sea asistiendo a clases y charlas en el nosocomio o realizando prácticas. Esto permite que el conocimiento y experiencias del personal de esta institución sean brindados a todas aquellas personas que están formándose como profesionales y/o futuros/as profesionales, permitiendo un acercamiento al área de la salud desde otro lugar. Cabe mencionar que, el Hospital Córdoba cuenta con un aula magna en la cual se disertan diferentes charlas informativas solo para el personal de salud sobre patologías, problemáticas o situaciones que atraviesan de forma directa e indirecta a las disciplinas que conforman este campo.

La accesibilidad del saber entre profesionales no es del todo alcanzable, pero continuamente se busca eliminar esa barrera. Es decir, en el contexto profesional, el acceso al



conocimiento puede estar limitado por diversas razones, como barreras de comunicación, falta de recursos o acceso a la información, dificultades para compartir y difundir conocimientos, entre otros. Sin embargo, se está haciendo un esfuerzo constante para superar estas limitaciones y hacer que el conocimiento sea más accesible entre los/as profesionales. Esto puede implicar la implementación de estrategias y herramientas para facilitar el intercambio de conocimientos, como el uso de tecnología, la creación de redes profesionales, la promoción de la capacitación y el desarrollo profesional, y la colaboración entre colegas. El objetivo es eliminar las barreras que dificultan el acceso al saber y fomentar un entorno en el que el conocimiento pueda fluir libremente entre los/as profesionales, permitiendo un mayor aprendizaje y crecimiento en la práctica profesional.

Servicio Social en el Hospital Córdoba

Para comenzar, es pertinente indicar que el trabajo social ha desempeñado un papel fundamental en el campo de la salud desde sus orígenes y su tarea se enfoca en problemáticas de salud específicas, lo que implica un alto nivel de especialización. Es importante tener en cuenta que la salud está condicionada por los determinantes sociales y se expresa en lo colectivo, siendo un proceso histórico y social. El paradigma de salud que prevalece en el Servicio del Hospital Córdoba se enfoca en "la salud como capacidad de lucha desde una perspectiva de derecho". En este sentido, la salud es vista como la capacidad de lucha individual y colectiva contra las condiciones que limitan la vida, un conflicto constante en el que se lucha por cambiar el estado actual de las cosas. La conquista de la salud se entiende como una conquista de los derechos sociales. En sus intervenciones, las profesionales del trabajo social reconocen a las personas, en la mayoría de los casos, como sujetos/as protagonistas, promoviendo la construcción de autonomía y derechos de ciudadanía. De esta manera, se trabaja en conjunto con los/as sujetos/as, fomentando su participación activa en la toma de decisiones y promoviendo la construcción de una ciudadanía plena y emancipadora.

En este momento, nos resultan claves los aportes de la autora Nora Aquín (2005), quien habla de cómo han sido vistas las intervenciones con los/as sujetos/as en nuestra profesión a lo largo de la historia, ya que en el Servicio Social del Hospital Córdoba se concibe a los/as sujetos/as demandantes de nuestra labor como ciudadanos/as y sujetos/as de derechos, buscando siempre la restitución de los mismos y la igualdad social. La mirada de las profesionales del trabajo social de este nosocomio se centra en comprender que las desigualdades del capitalismo producen diversos tipos de exclusión social, produciendo



múltiples necesidades en los/as sujetos/as. Esto resulta fundamental para romper con la mirada tecnocrática que ha permeado nuestra profesión y las ciencias médicas durante años, la cual concibe a las personas como culpables de sus propias necesidades.

Desde el área de Servicio Social del Hospital Córdoba, se entiende a los problemas de salud como emergentes de la cuestión social. Esta idea fue desarrollada por numerosos/as autores/as, entre ellos/as Durkheim (1897), quien argumentó que los problemas de salud son una manifestación de las tensiones y conflictos sociales que se producen en la sociedad, y que estos problemas no se pueden entender ni tratar adecuadamente sin tener en cuenta su contexto social.

Esta perspectiva refiere a la comprensión de que los factores sociales, económicos y políticos tienen un impacto significativo en la salud de las personas y las comunidades. Asimismo, reconoce que los determinantes sociales de la salud, como el acceso a la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y la seguridad, tienen un impacto directo en la salud de las personas, y que abordar estos factores puede mejorar significativamente la salud y el bienestar de las comunidades. Desde las ciencias sociales, esta perspectiva implica reconocer que la salud no es simplemente una cuestión biológica o individual, sino que está fuertemente influenciada por factores sociales y culturales, como la pobreza, la desigualdad, la discriminación y el acceso a los recursos. Por lo tanto, es fundamental analizar y comprender los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan los problemas de salud, y en buscar soluciones que aborden las causas subyacentes de los mismos.

En este sentido, es importante destacar que la labor de las trabajadoras sociales del Servicio Social no solo se enfoca en visibilizar y acompañar los procesos de salud-enfermedad, sino que, también buscan construir estrategias que aborden las causas subyacentes de las problemáticas de salud, teniendo como objetivo mejorar las condiciones de vida de las personas mediante una intervención integral. Esto implica considerar los diversos factores sociales, económicos y políticos que influyen en la salud de las personas, y abogar por políticas y acciones que aborden estas causas estructurales.

En el Servicio Social se gestionan recursos y servicios que son importantes para el bienestar y la calidad de vida de las personas, como la provisión de prótesis, la organización de sesiones de fisioterapia, kinesiología y rehabilitación, y la gestión de alojamiento en hogares o residencias. Asimismo, el trabajo social se encarga de problematizar, comprender y buscar



acompañar en la resolución de aquellos obstáculos a los que se enfrentan las personas, situándolos en un contexto socio-histórico más amplio que incluye factores como las redes de apoyo, el entorno en el que se desenvuelven y la historia de vida de cada sujeto/a.

En definitiva, el enfoque de los problemas de salud como emergentes de la cuestión social, busca ampliar la mirada sobre la salud y su relación con el contexto en el que las personas viven y se desenvuelven, y promover soluciones que aborden las causas estructurales de estos problemas en lugar de solo tratar las enfermedades y/o tratamientos. Las trabajadoras sociales del Servicio Social juegan un papel fundamental en este enfoque, ya que abogan por una intervención integral y consideran las necesidades y condiciones de vida de las personas en su totalidad.

Continuando con el apartado, es pertinente indicar, que el Servicio Social se encuentra conformado por 12 (doce) profesionales, entre los que se destacan trabajadores/as sociales, administrativos/as, jefa de Servicio Social, residentes y tesis de trabajo social y Psicología. Cuenta con cinco ambientes destinados para la atención y entrevistas de los/as sujetos/as que así lo necesiten; un espacio común en donde se aguarda para la atención y donde se da atención a las demandas urgentes, y una oficina destinada para la jefatura. Además, cuenta con cocina y baños propios para el personal.

En el Servicio Social del Hospital Córdoba se pueden observar claramente jerarquías y relaciones de poder que influyen en la estructura del trabajo y la asignación de tareas. La jefa de Servicio Social desempeña un papel central en esta dinámica, ya que es responsable de coordinar y supervisar el trabajo del equipo, lo que le confiere un mayor poder de decisión y control sobre las actividades realizadas. Sin embargo, también asume una importante responsabilidad al supervisar las intervenciones de sus colegas.

La jefa de Servicio Social se enfrenta al desafío de disputar recursos y políticas tanto con la dirección del hospital como con otros/as jefes/as de servicios. Este proceso implica la necesidad de negociar y defender los intereses del equipo de Servicio Social, buscando garantizar los recursos necesarios para llevar a cabo las intervenciones y programas destinados a la población atendida.

Es importante reconocer que esta jerarquía y distribución de poder pueden tener un impacto significativo en la dinámica y la eficacia del trabajo del equipo. Es fundamental establecer canales de comunicación abiertos y transparentes para asegurar una colaboración



efectiva entre la jefa de Servicio Social y el resto del equipo. Asimismo, es necesario fomentar un ambiente de trabajo en el que se promueva la participación activa y el aporte de ideas de todos/as los/as integrantes del equipo, para lograr una perspectiva más enriquecedora y una toma de decisiones más inclusiva.

Además, es importante destacar que, si bien existe una jerarquía dentro del Servicio Social, esto no implica que las ideas y las contribuciones de los/as demás profesionales sean menos valiosas. Es fundamental fomentar un ambiente de respeto mutuo y reconocimiento del expertise y las perspectivas únicas que cada miembro del equipo aporta al trabajo conjunto.

En el caso de este servicio, la cultura organizacional está influenciada por la naturaleza de la actividad que se desarrolla y por las expectativas de las personas que asisten y de otros/as profesionales del hospital. Asimismo, los discursos dominantes pueden reforzar o cuestionar la distribución del poder en la organización, y en este sentido, es importante reflexionar sobre la forma en que se construyen y reproducen estos discursos. En definitiva, comprender las relaciones de poder en el ámbito laboral resulta fundamental para identificar posibles desigualdades y conflictos, y para buscar formas más equitativas de distribución del poder y la toma de decisiones.

Por otra parte, logramos identificar que el funcionamiento del área del Servicio Social en el nosocomio está profundamente ligado a la jerarquización existente en la estructura física y social del hospital. Weber (1922) define la jerarquía como la distribución desigual del poder en una sociedad, en la que algunos individuos o grupos tienen un mayor grado de control y autoridad que otros/as. A su vez, la teoría del poder de Michel Foucault resulta útil para comprender cómo se establecen y reproducen las relaciones de poder en el ámbito laboral. Según Foucault (1975), el poder es una red de relaciones que se ejerce en diferentes direcciones y se distribuye de manera desigual dentro de una organización. Es importante indicar que las relaciones de poder no se establecen solamente a través de la posición jerárquica, sino que también están influenciadas por la cultura organizacional y las prácticas y discursos dominantes en la organización.

En tal sentido, la ubicación física del Servicio en la planta baja y la Dirección en el quinto piso reflejan la asimetría existente en las relaciones profesionales, donde el poder de unos sobre otros se ve plasmado en aspectos tan simples como la ubicación en el edificio. De acuerdo con Peralta (2016), esta jerarquía afecta a la manera en que se concibe y se atiende a



las personas, ya que el posicionamiento médico hegemónico en el Hospital Córdoba se impone y tiene un impacto en los/as sujetos/as que acuden allí para recibir atención en salud. Por lo tanto, si se tuviera en cuenta el posicionamiento del Servicio Social, se podría transformar radicalmente la atención en salud y la concepción de las personas.

El Servicio Social del nosocomio en su atención busca apartarse de las terminologías médicas tradicionales de "enfermo/a" y "paciente" que circulan en los pasillos del Hospital. Las licenciadas en trabajo social buscan resignificar a las personas, reconociéndolas como individuos con una historia y una vida propia, y no simplemente como sujetos/as con una enfermedad o un diagnóstico. Como indica Trachitte (2008), es esencial no olvidar que quienes asisten al nosocomio son personas, y que un diagnóstico o enfermedad no los define. El Servicio Social busca ofrecer una atención más empática y centrada en las necesidades de los/as sujetos/as, considerando no solo su salud física, sino también su bienestar emocional y social.

Además de la ubicación física, otro factor relevante que contribuye a la jerarquización en el nosocomio es la cultura organizacional y los discursos dominantes en la institución. Estos aspectos influyen en la forma en que se establecen las relaciones de poder entre los/as diferentes actores/actrices del ámbito laboral. Según investigaciones de Gutiérrez (2019), la cultura organizacional del hospital tiende a favorecer la autoridad y el control por parte de los/as médicos/as, relegando a otros/as profesionales, como los/as trabajadores sociales, a un papel secundario. Esta dinámica puede tener un impacto en la atención de las personas, ya que se enfoca principalmente en los aspectos biomédicos, desde un paradigma médico-hegemónico, descuidando o desconociendo otros aspectos y/o factores que hacen a los procesos de salud igualmente importantes en su bienestar.

En contraste, la mirada de la salud como capacidad de lucha desde una perspectiva de derecho adoptada por el Servicio Social busca desafiar esta cultura organizacional y promover una visión más integral de la salud. A través de la implementación de estrategias de trabajo colaborativo y la promoción de la participación activa de los/as sujetos/as en su propio proceso de atención, se busca empoderar a las personas y reconocer su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su salud.

En conclusión, el análisis de las relaciones de poder y jerarquía en el nosocomio nos permite comprender cómo influyen en la atención de salud y en la concepción de las personas. La ubicación física, la cultura organizacional y los discursos dominantes en la institución son



factores clave que determinan el grado de participación y reconocimiento de los/as sujetos/as en su propio proceso de atención. Para lograr una transformación real, es necesario fomentar un enfoque de la salud como capacidad de lucha desde una perspectiva de derecho que reconozca la individualidad de cada persona y promueva una atención integral que considere no solo los aspectos biomédicos, sino también los aspectos psicosociales y emocionales de la salud, en pos de mejorar significativamente la calidad de vida de los/as sujetos/as y transformar radicalmente la manera en que se conciben y se tratan las enfermedades y diagnósticos médicos.

Funciones de las profesionales del Servicio Social

Para comenzar, es importante señalar que el trabajo social es una disciplina que se enfoca en promover el bienestar social y la justicia social, así como en abordar las necesidades y problemas de las personas, familias, grupos y comunidades. En el contexto de una institución de la salud, el Servicio Social juega un papel fundamental en la atención integral de los/as sujetos/as y sus familias.

Dentro del Hospital Córdoba, la División de Trabajo Social se encarga de desarrollar sus actividades de lunes a viernes de 8:00 hs a 13:30 hs, tanto para el área del internado como para el consultorio externo. Las funciones dentro del Servicio para cada profesional responden a la división por sala de internación -un Trabajador Social por sala-, participan e integran un programa institucional disciplinario e interdisciplinario, realizan atención de consultas externas a través de entrevistas semiestructuradas -ficha socioeconómica-, con el objetivo de una valoración socioeconómica del grupo familiar, la realización de informes sociales para la gestión de recursos de salud en general y asesoramiento. Además, participan en los comités intra y/o extra-organizacionales.

También, las licenciadas en trabajo social trabajan de manera interdisciplinaria con otros/as profesionales -médicos/as especialistas, psicólogos/as, entre otros/as-. Hasta aquí, podríamos indicar que “el trabajo social desde un marco institucional en territorio, constantemente se proyecta como forma de hacer visible lo invisible y de develar lo que se encuentra bajo los mantos de lo instituido” (Leguizamón S., Núñez Ramos, A., 2020, p. 126).

El trabajo del Servicio Social del Hospital Córdoba se enfoca en recuperar la identidad de los/as sujetos/as y la pertenencia a un medio social y familiar con determinadas condiciones concretas de existencia. Estas condiciones pueden actuar como factores de protección o de



vulneración del proceso salud-enfermedad de los/as sujetos/as y sus familias. Por lo tanto, el trabajo social se constituye en una herramienta vital para abordar la complejidad de las situaciones que enfrentan las personas en el hospital y lograr garantizar su bienestar y el de sus familias.

Por último, es importante destacar que todas las acciones que desarrolla el Servicio Social tienen un enfoque de derechos. Esto permite identificar los derechos que se están vulnerando y los que se están efectivizando en este campo en particular. De esta manera, se pueden abordar las necesidades de las personas y sus familias de manera integral y justa, garantizando su acceso a la atención en salud y social que necesitan. En resumen, el trabajo social en el Hospital Córdoba cumple una función esencial en la atención y el bienestar de los/as sujetos/as y sus familias, y su enfoque de derechos asegura una atención integral y justa para todos/as.

Trabajo social y las demandas en el área de Servicio Social

Las demandas que se presentan al área de Servicio Social son en su mayoría directas y explícitas, por ejemplo, se gestionan prótesis y válvulas, también se realizan accesos a distintos programas -ProCorDia, VIH, entre otros- y se realizan asesoramientos, según el caso y derivaciones a otros servicios. Estas demandas se inscriben en el marco de la Salud Pública.

El primer contacto del/la sujeto/a con el servicio se realiza en la mesa de entrada sacando un número para el orden de atención, seguido de ser atendido y escuchado por el profesional que tome la demanda; se verifica que la persona no posea cobertura de la salud, por lo que para ello se revisa la Certificación Negativa de ANSES, en la cual figura si el/la individuo/a tiene cobertura de una obra social o no, ya que para gestionar o tramitar prestaciones es estrictamente necesario que la persona no se encuentre afiliado a una obra social o, en su defecto, que ésta última no cubra la carencia o padecimiento del/la sujeto/a. Los/as sujetos/as que más demandan atención son pertenecientes a sectores vulnerables sin cobertura de salud.

Dentro del Servicio Social existe un ambiente de comunicación fluida y constructiva, debido a que, una persona se encarga de contestar el teléfono, atendiendo solicitudes de otros servicios; también la construcción de este espacio se plasma en el momento en el cual se consultan entre ellas -profesionales del trabajo social-, ante algún inconveniente o dudas que tengan para dar respuesta a las demandas ingresantes en la revista de sala -espacio en el cual



se pone en debate todos los casos tomados en el día-; esta revista de sala se concreta todos los días.

Existen una gran cantidad de demandas que no son abordadas desde el Servicio Social, ya que las mismas tienen que ver con las representaciones que se tienen acerca de lo que debe hacer o no un trabajador social; es decir, representaciones sociales de una idea del trabajo social que solo se reduce al derecho de la asistencia. Por ejemplo, pudimos evidenciar lo mencionado anteriormente cuando las personas que asisten al Servicio Social por demanda externa creen que el rol del/la trabajador/a social en la institución de salud es el de sacar turnos médicos, siendo que el hospital cuenta con un turnero propio que es a libre demanda.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, es importante comprender que las relaciones de poder están presentes en todas las prácticas sociales, y esto incluye las intervenciones realizadas por los profesionales del trabajo social. Estas relaciones de poder no son estáticas, sino que se modifican y recrean con la aparición de nuevas prácticas y nuevos/as actores/actrices sociales.

Las prácticas profesionales del trabajo social están atravesadas por una perspectiva de derechos sociales, la cual implica una mirada crítica hacia las estructuras de dominación presentes en la sociedad. Esto significa que los/as profesionales del trabajo social buscan construir prácticas que contribuyan a la transformación de estas estructuras, y no solo a su reproducción. En el contexto de las demandas que se presentan en el Servicio Social, es necesario comprender la construcción social y subjetiva de las mismas, y para ello es importante profundizar en el conocimiento de la realidad desde diferentes perspectivas. Es decir, se necesita considerar las diferentes dimensiones que intervienen en la construcción de las demandas, tales como la dimensión cultural, económica, histórica, política, entre otras. A su vez, es importante tener en cuenta que la cuestión social actual desafía nuestras prácticas, lo que implica que los/as profesionales del trabajo social deben estar en constante reflexión y actualización para poder abordar de manera eficaz las problemáticas que se presentan en el contexto social en el que se desempeñan.

Por otro lado, según los aportes de Alfredo Carballada (2010), la intervención social implica comprender y analizar el contexto social de cada situación desde la perspectiva del/la otro/a, con el fin de reconstruir y redimensionar el discurso hegemónico presente. Para lograr esto, se busca redefinir las categorías y significados que se utilizan en la situación, de manera



que sean más justos y acordes a las necesidades de los/as sujetos/as involucrados. En este proceso, "la escucha" se presenta como un instrumento clave para el trabajador social, ya que le permite comprender mejor la situación y las necesidades de los/as sujetos/as involucrados/as. Sin embargo, esto implica desafíos de formación y capacitación para los/as profesionales que trabajan en el ámbito social, ya que deben estar preparados/as para adaptar sus nuevas estrategias de intervención a diferentes contextos y necesidades de los/as sujetos/as involucrados/as.

En este punto, cabe resaltar, que una de las demandas más complejas y con poca intervención de nuestra profesión es el Servicio de Hemodiálisis en el Hospital Córdoba. La profesión del trabajo social, históricamente, se ha encargado de intervenir en múltiples áreas del hospital, por lo que, debido a la sobrecarga de demandas y la limitada capacidad de la profesión para abordar todas las necesidades, la intervención a menudo se enfoca en resolver problemas inmediatos en lugar de realizar un análisis más profundo de ciertos escenarios y los/as sujetos/as implicados/as.

Cuando nos incorporamos como estudiantes tesisistas al Servicio Social del Hospital Córdoba, se nos asignó la tarea específica de recopilar datos, a través de entrevistas, sobre las personas en proceso de hemodiálisis y abordar las problemáticas identificadas, destacando la importancia de crear una base de datos de la población atendida por los/as profesionales médicos/as y las trabajadoras sociales. En este punto, se puede examinar cómo la sobrecarga de demandas en el nosocomio refleja la complejidad de la atención en salud en contextos de escasos recursos, donde las necesidades de los/as sujetos/as pueden superar los recursos disponibles.

Además, se puede explorar cómo la intervención del trabajo social en el Servicio de Hemodiálisis, a pesar de ser limitada, puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, ya que la recopilación de datos sobre la población atendida por médicos/as y trabajadores/as sociales puede ayudar a identificar las necesidades específicas de los/as sujetos/as y potenciar el acompañamiento del proceso de salud-enfermedad de las personas. Sin embargo, también es importante considerar cómo las limitaciones de la intervención del trabajo social en el Servicio de Hemodiálisis pueden estar relacionadas con factores estructurales y políticos más amplios, como la falta de recursos y la distribución desigual de los mismos, por lo que la identificación de los factores subyacentes que contribuyen a la



sobrecarga de demandas en el Hospital Córdoba puede ayudar a proponer soluciones más efectivas y sostenibles a largo plazo.

Servicio de hemodiálisis en el Hospital Córdoba: área de intervención

El servicio de Hemodiálisis para sujetos/as con IRC se constituye como parte de nuestro escenario de intervención, debido que, es el lugar en el cual se encuentran insertos los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención, por lo cual, nos parece pertinente describir en este capítulo el área donde funciona el Servicio de Hemodiálisis.

El servicio para sujetos/as en tratamiento de hemodiálisis se encuentra ubicado en el tercer piso del nosocomio, contando con 20 unidades de máquinas dializadoras. Cuenta con tres turnos para el tratamiento: 1° turno de 7:00 a 11:00 hs, 2° turno de 12:00 a 16:00 hs y 3° turno de 17:00 a 21:00 hs. Un grupo de personas asiste los lunes, miércoles y viernes, y al otro grupo se los cita martes, jueves y sábado; los domingos queda un técnico/a enfermero/a de guardia por si llega a surgir alguna emergencia. Para la realización de nuestra intervención pre-profesional, se eligió a dos de estos grupos, siendo el 1° y 2° turno de los días martes, jueves y sábados.

En el primer piso de la institución de salud, se encuentra una sala que brinda el servicio de hemodiálisis para sujetos/as con diagnóstico agudo que necesitan ser intervenidos médicamente de manera inmediata. Hay seis unidades, una de las cuales es para un/a sujeto/a aislado/a por COVID-19 u otra infección altamente viral. Cabe destacar que, a los/as sujetos/as que asisten a realizar el tratamiento de hemodiálisis se les ofrece desayuno, almuerzo, merienda y cena. Asimismo, debemos mencionar que la mayoría de los/as sujetos/as que asisten al Hospital Córdoba presentan escasos recursos económicos, no cuentan con obra social y el nivel de escolaridad -en la mayoría de los casos- es básico, contando solo con el nivel primario completo.

Al profundizar en el análisis del escenario de intervención pre-profesional en el área de hemodiálisis, se hace evidente que este funciona como un espacio de encuentro e interacción para los/as sujetos/as que comparten problemáticas y obstáculos similares en su salud. En este contexto, las estructuras de poder se hacen presentes y se manifiestan en las relaciones y dinámicas que se establecen entre los/as sujetos/as, el personal médico y otros/as profesionales de la salud.



Además de los aspectos mencionados anteriormente, es importante destacar la influencia que la sociedad y sus modelos ideológicos de normalidad ejercen sobre la atención a las personas que se encuentran en proceso de hemodiálisis. Esta influencia se refleja en diversos aspectos, como la posible estigmatización y discriminación hacia aquellos/as sujetos/as que padecen estas condiciones de salud. En nuestra sociedad, existe una tendencia a valorar la apariencia física y asociarla con la salud y la belleza. Esta presión por cumplir con los estándares de belleza y salud establecidos puede generar un clima de exclusión y marginalidad para las personas que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis.

El Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba está fuertemente atravesado por diversas estructuras de poder de la sociedad, pero principalmente de la salud, ya que predomina una visión médico-hegemónica del saber entre el/la sujeto/a y los/as profesionales. Esto se puede apreciar al momento en el cual se dan por sabido muchos saberes y prácticas que no son aprendidas de igual manera por cada sujeto/a, como así también cuando se invisibiliza la categoría sujeto/a por la de paciente, terminología que termina alienando al profesional de la persona con la cual está interviniendo. Asimismo, las estructuras de poder no solo se dan en cuanto a lo simbólico, sino que también se trasladan al mundo material, debido que la ubicación del servicio de hemodiálisis no está dada porque sí. Si bien es real que el espacio debe contar con normas de seguridad e higiene muy estrictas por la complejidad del tratamiento, la invisibilización del área de hemodiálisis en el nosocomio no solo se manifiesta estructuralmente, sino que también impacta invisibilizando a los/as sujetos/as que forman parte de él, ya que pocas personas y profesionales se dirigen al área y saben de la existencia de esta.

En cuanto a las accesibilidades del espacio de manera estructural y simbólica, como se viene mencionando con anterioridad, que el servicio de hemodiálisis se ubique en un tercer piso genera obstáculos materiales para todas aquellas personas usuarias de sillas de rueda, como así también con ciertas limitaciones motrices y de visión. Si bien existe un ascensor que facilita acceder al espacio, éste no siempre está a disposición de las personas, ya que su finalidad puntual está dada para el traslado de camillas entre pisos del nosocomio. Las sillas de diálisis no siempre están en buenas condiciones o adaptadas para que la persona permanezca en ella cuatro horas, que es lo que dura la diálisis.

Si bien el espacio carece de algunas accesibilidades materiales para una mejor calidad de tratamiento para los/as sujetos/as, debemos destacar que el área garantiza que el proceso de diálisis sea más llevadero con la presencia de varios televisores en el servicio, ya que al mirar



un programa de televisión o una película los/as sujetos/as sienten que están menos tiempo dializándose, debido que su atención no está puesta completamente en el proceso.

En cuanto a las accesibilidades simbólicas del área, percibimos muchas carencias, debido que, en primer lugar, las personas no cuentan con información clara de lo que implica todo el tratamiento de hemodiálisis y las limitaciones que produce, ya que van aprendiendo sobre el tratamiento por medio del conocimiento que brindan otros/as sujetos/as que tiene más años en el espacio, como así también adquieren conocimiento por lo que van experimentando ellos/as mismos a nivel corporal al pasar los días.

Según nuestro análisis, la falta de accesibilidad simbólica a la información está ligada a que no se contempla ni considera el nivel instrumental de los/as sujetos/as con los cuales los/as profesionales de salud intervienen. No se traduce el saber a la comprensión del sujeto/a es que receptor de la información que se le brinda, desde un lugar al cual no puede acceder.

Por otra parte, es importante destacar las fortalezas que presenta el Servicio de Hemodiálisis. En primer lugar, cada sujeto/a cuenta con su propio sillón y espacio individual, lo que les brinda comodidad durante el tratamiento. Esta atención personalizada contribuye a que se sientan más cómodos/as y respetados/as en el entorno de la unidad.

Además, en los diálogos establecidos entre el personal de salud del Servicio de Hemodiálisis, se menciona la importancia del servicio de alimentación que se le ofrece a los/as sujetos/as en tratamiento de hemodiálisis. El derecho a la alimentación que promueve el servicio, ya sea desayuno, almuerzo o merienda, busca satisfacer las necesidades nutricionales de los/as sujetos/as durante su estadía en el área. Es importante resaltar el trabajo de las enfermeras, quienes se ofrecen a ayudar en la alimentación de aquellas personas que lo necesiten, como aquellos/as con discapacidad visual o motriz. Su disposición para brindar asistencia adicional muestra un enfoque de cuidado integral hacia los/as sujetos/as.

Asimismo, se valora la flexibilidad que se ofrece a las personas en cuanto a la opción de consumir su comida dentro del área o llevarla a su hogar. Esta opción reconoce la importancia de la autonomía y el respeto a las preferencias individuales de los/as sujetos/as.

Por otra parte, a pesar de las ocasiones en las que los/as propios/as sujetos/as han expresado que no se les brinda la información necesaria sobre las implicancias del tratamiento por parte de los/as médicos/as, es relevante destacar el compromiso del personal de enfermería.



Estos/as profesionales muestran un constante interés en el cuidado de los/as sujetos/as y en facilitar la accesibilidad a la información, como así también se encuentran constantemente atentos/as al funcionamiento de las máquinas dializadoras; en caso de que se presente alguna falla u obstáculo en las máquinas, el personal de enfermería actúa de manera inmediata para solucionarlo y brindar la asistencia necesaria.

El equipo de enfermería con el cual cuenta el servicio de hemodiálisis comprende la salud definida por diversos determinantes sociales, ya que durante nuestra intervención evidenciamos como el equipo de enfermería interioriza sobre el contexto en el cual el/la sujeto/a desarrolla su cotidianidad, contemplando que la cuestión social afecta de manera directa e indirecta el proceso de atención-salud-cuidado. Estos/as profesionales que conforman el campo de la salud y hacen al funcionamiento del Hospital Córdoba, cuando hablan de discapacidad, la definen desde una comprensión biomédica, ya que piensan que las personas que se dializan presentan limitaciones por su condición de salud y no por las estructuras y obstáculos que la sociedad impone desde su ideología de la normalidad-productividad.

El Servicio de Hemodiálisis cuenta con fortalezas que deben ser reconocidas. El espacio personalizado, la provisión de alimentos acordes a las necesidades nutricionales de las personas que asisten a este servicio durante los horarios de tratamiento y la atención del personal de enfermería.

Concluyendo con el apartado, hay que destacar que el trabajo social juega un papel fundamental en los equipos de intervención interdisciplinario de hemodiálisis, debido a que busca gestionar recursos que se necesitan en el momento o que se requieran a lo largo del tratamiento, así como abordar en su intervención el trabajo en redes para generar apoyos sociales y emocionales para que la persona pueda tener una mejor adaptación a los cambios que esté atravesando cuando ingresa al Servicio de Hemodiálisis.

Como se viene afirmando a lo largo de este trabajo final de grado, el trabajo social en salud tiene como objetivo en su intervención el bienestar no solo físico sino también emocional, social, educativo, laboral y económico de las personas, establecido como parámetros una calidad de vida óptima con las condiciones garantizadas. En el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba se busca visibilizar el rol que ocupan los determinantes sociales en los procesos de atención-salud-enfermedad-cuidado de las personas, debido a que gran parte de la



enfermedad está dada por la existencia de algún que otro determinante social en la vida cotidiana de las personas.

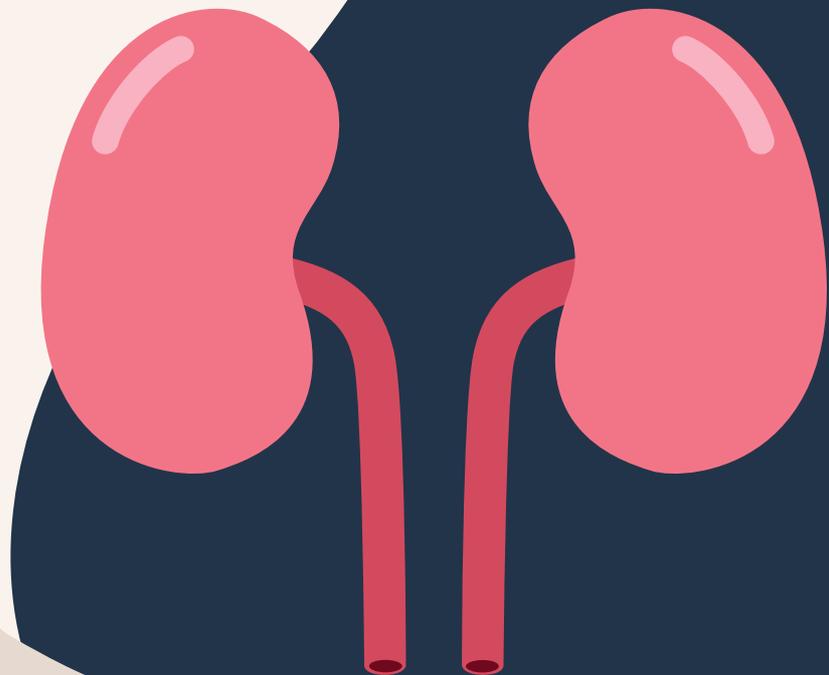
Monrós y Zafra (2012) definen que la intervención del trabajo social en los Servicios de Hemodiálisis es una disciplina que debe estar presente por la necesidad de brindar una atención integral, basada no solo en tratar los problemas de salud de la persona, sino de igual forma los factores del contexto social que pueden desmejorar o acelerar la recuperación de la enfermedad.

La intervención de las licenciadas junto con el equipo de salud en el tratamiento integral de hemodiálisis tiene también como objetivo promover el desarrollo de las habilidades y estrategias que necesite el/la sujeto/a para contener, ayudar y facilitar la adherencia al tratamiento integral indicado por el equipo de salud. Asimismo, se busca potenciar, orientar y motivar a los/as sujetos/as y sus redes de apoyo en los problemas que surgen como consecuencias de la enfermedad, para que puedan actuar como agentes de su propio cambio en la resolución de los mismos, en la búsqueda del bienestar y la autonomía. Es así que, en esta área, el trabajo social a través de herramientas busca favorecer la calidad de vida de la persona y acompañar el proceso de prevención-atención-salud-enfermedad-cuidado mejorando las circunstancias conflictivas generadas por los determinantes sociales.

Lo que busca la profesión del trabajo social en estos espacios es potenciar las capacidades y facultades de las personas para que logren, con el acompañamiento necesario, afrontar los problemas que se les presenten e integrarse de manera satisfactoria a la vida social. Un gran desafío de nuestra profesión en el área de hemodiálisis es la reinserción social de las personas en tratamiento a sus entornos (redes primarias, secundarias y terciarias).

CAPÍTULO III:

"Analizando la máquina de la vida desde adentro"





En el correspondiente capítulo se desarrollará, en primer lugar, qué se comprende por problema de intervención de manera teórica, basándonos en autores que refieren a este concepto desde las temáticas desarrolladas a lo largo de este trabajo final de grado. Siguiendo con el escrito, se presentará el objeto de intervención. Al respecto, cabe señalar que mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas con los/as sujetos/as seleccionados/as, se lograron identificar indicios de problemáticas que constituyen el campo problemático; a partir de ello, se definió el objeto de intervención, el cual se centra en la visibilización de los obstáculos que se le presentan en la vida cotidiana a los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención.

Luego, se especificarán los instrumentos utilizados a lo largo de la intervención, es decir, aquellos recursos metodológicos que poseían cierta intencionalidad y nos permitieron pensar y problematizar la práctica mientras se llevaba adelante, permitiendo elegir las estrategias que mejor se adecúan a nuestros objetivos y finalidades.

A partir de lo mencionado anteriormente, se detallan las estrategias llevadas a cabo durante la intervención, siendo una de ellas la “Estrategia Educativa/con énfasis en formación-capacitación”, la cual aborda los saberes y representaciones sociales, buscando visibilizar la variedad de opiniones existentes respecto a una temática, a partir de espacios de discusión y reflexión. Por otra parte, se describe también la utilización de la “Estrategia de articulación inter-institucional/Construcción-consolidación de redes”, mediante la cual se comprende a los/as sujeto/as como parte de su contexto y entorno, intentando conocer y comprender cómo las particularidades de cada vivencia contribuyen y/o afectan a la percepción de estas personas respecto a las limitaciones y obstáculos que poseen en su vida cotidiana en torno a su tratamiento y discapacidad.

Concluyendo con el capítulo, grupalmente construimos una evaluación sobre el proceso de intervención de la práctica pre profesional llevada adelante durante todo el 2022. En este apartado describiremos los procesos de aprendizajes y obstáculos a los cuales nos enfrentamos para la construcción de esta sistematización. Asimismo, a lo largo del capítulo, se incluyen citas textuales extraídas de las entrevistas realizadas a los/as sujetos/as que asisten a realizarse hemodiálisis al Hospital Córdoba, las cuales se encuentran indicadas a partir de las siglas EH (Entrevistas en Hemodiálisis).

Problema de Intervención identificado en el escenario



El problema de intervención en trabajo social puede abordarse desde diversas categorías, como la discapacidad, el capitalismo y la salud. En ese sentido, la mirada desde la discapacidad, se refiere a los desafíos y obstáculos que surgen al abordar las necesidades y demandas de las personas con discapacidad desde una perspectiva profesional. Esta perspectiva implica el diseño y la implementación de espacios y servicios que promueven la inclusión, la igualdad de oportunidades y el bienestar de las personas con discapacidad. El autor Mike Oliver (1996), indica que la intervención en trabajo social con personas con discapacidad debe basarse en un enfoque centrado en la persona, reconociendo su autonomía, dignidad y capacidad de tomar decisiones en relación con su propia vida.

Por otra parte, el problema de intervención desde una mirada del capitalismo se refiere a las dificultades y desafíos que surgen al abordar las necesidades sociales y promover el bienestar de las personas en un sistema económico y social basado en el capitalismo. Según la perspectiva crítica de Silvia Federici (2004), el trabajo, la desigualdad y la explotación, el problema social desde el capitalismo implica el análisis de las estructuras económicas y sociales generadas por el sistema capitalista, que generan desigualdades, explotación y exclusión. Se enfoca en la lucha contra la pobreza, la precariedad laboral y la injusticia social, promoviendo la equidad y la justicia económica.

Por último, el problema de intervención del trabajo social desde la salud, tal como indica Alfredo Carballada (2012), radica en la visión reduccionista y limitada del concepto de salud. Esta visión se enfoca exclusivamente en la ausencia de enfermedad, lo que restringe el alcance y la acción del trabajo social en el ámbito de la salud.

Al centrarse únicamente en la atención a las enfermedades, se descuida la importancia de la prevención, promoción y protección de la salud en su sentido más amplio. El trabajo social, con su enfoque integral y holístico, puede desempeñar un papel fundamental en abordar no solo las enfermedades, sino también los factores sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la salud de las personas.

Otro aspecto problemático es que la intervención del trabajo social en salud a menudo se lleva a cabo de manera fragmentada y desarticulada. Esto significa que no se aborda la salud de manera integral, sino que se enfoca en aspectos específicos y no se consideran las interrelaciones entre ellos. Esta falta de perspectiva integral dificulta el abordaje de los



problemas de los/as sujetos/as y limita la capacidad de resolución de los/as trabajadores sociales.

Continuando con el escrito, como mencionamos anteriormente, como equipo hemos desarrollado prácticas de intervención pre-profesional en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba, bajo el encuadre institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Este servicio es el escenario interventivo donde se produce el encuentro entre el contexto y el/la sujeto/a, y se elabora un proceso a través de demandas caracterizadas, tal como lo plantea el autor Carballada (2012). Con esto último queremos decir que, frente a la crisis de la modernidad y sus manifestaciones (cuestión social), este fenómeno "revolucionario" se presenta como el contexto en los escenarios en los cuales interviene el trabajo social, dándose el encuentro entre las expresiones de la cuestión social de la modernidad (capitalismo), el sujeto y sus necesidades; y, por otro lado, el trabajo social con un papel que busca aliviar las fallas del sistema económico capitalista.

Por consiguiente, es importante destacar que la intervención social no se limita a un campo específico o una profesión en particular, sino que es un enfoque que se aplica en una variedad de contextos y situaciones que requieren una respuesta colectiva para resolver problemas concretos. Por lo tanto, recuperando los aportes de la autora Peralta María Inés, podemos indicar lo siguiente:

La intervención social es un concepto que abarca el conjunto de procesos y estrategias que tienen lugar en la implementación-gestión de políticas sociales y en las múltiples formas de acción colectiva que desarrollan los sujetos en torno al acceso a derechos.” (2020, p. 2).

En este sentido, la intervención social se define como el conjunto de procesos y estrategias que se llevan a cabo en la implementación y gestión de políticas sociales, así como en las múltiples formas de acción colectiva que desarrollan los/as sujetos/as para acceder a sus derechos.

En el marco de las prácticas pre-profesionales realizadas, la intervención social implicó la elaboración de un proceso dado en respuesta a las demandas caracterizadas de los/as sujetos/as implicados/as. Este proceso fue construido en colaboración con el equipo de profesionales de la Facultad de Ciencias Sociales y del Hospital Córdoba, y se basó en los



conocimientos y saberes instrumentales necesarios para abordar las problemáticas específicas del campo de la discapacidad y la hemodiálisis.

Una vez desarrollado los aspectos anteriores, ya se puede definir en términos de intervención el problema, lo cual implica determinar qué aspectos de una necesidad social pueden ser modificados a partir de nuestra intervención profesional. En el marco diagnóstico de conocer e indagar sobre el terreno en el cual nos estábamos insertando como estudiantes tesistas es que, durante los primeros meses nos encargamos de conocer el Servicio Social y también el hospital; sus características, roles de los/as profesionales que conforman la institución de salud, funcionamientos de los espacios, la población que accede, entre otras características. Lo mencionado con anterioridad resultó importante para generar acuerdos, identificar malestares, conflictos o crisis como problema de intervención y marcar un objetivo que guiará nuestra intervención como estudiantes en el Servicio Social y de Hemodiálisis del Hospital Córdoba.

Al insertarnos en el Hospital Córdoba, nuestro interés grupal era trabajar con personas con discapacidad que ingresaran por consulta externa a esta institución de salud. Sin embargo, al dialogar con las trabajadoras sociales del nosocomio, nos mencionaron que los/as sujetos/as pertenecientes al campo de la discapacidad no suelen asistir frecuentemente por demanda externa al Servicio Social, sino que concurren por demanda interna del mismo nosocomio para realizar consultas específicas o gestionar trámites para una población en particular, las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, ubicadas en el Servicio de Hemodiálisis. Desde el Servicio Social se menciona la inexistencia de información acerca de estos/as sujetos/as, por lo que, desde el servicio mencionado con anterioridad, se nos sugirió conocer el Servicio de hemodiálisis con el objetivo de brindarles mayor información sobre el mismo.

Desde los aportes de Carballeda (2012), el encargo es la demanda específica que una persona, grupo o comunidad realiza a un/a profesional para que intervenga en una situación o problemática determinada. En este caso, el encargo consistía en conocer el Servicio de Hemodiálisis para brindar mayor información al Servicio Social. Para conocer a los/as sujetos/as de intervención, se utilizó un instrumento brindado por el Servicio Social para recoger información precisa de estas personas.

El problema de intervención construido con las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis consista en la invisibilización de la existencia de estas personas en



el nosocomio, como así también la falta de visibilidad de las necesidades y obstáculos a los cuales se enfrentan las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis en su cotidianidad. Para negociar y construir esta demanda, fue importante dialogar con las trabajadoras sociales del nosocomio y escuchar sus sugerencias en cuanto al sector de hemodiálisis. A partir de la información recolectada en el marco de indagación diagnóstica, nuestro primer momento durante la intervención. Construimos una propuesta de intervención que fue presentada y discutida con el Servicio Social para asegurarnos de que se ajustara a sus necesidades e intereses. De esta manera, logramos construir una demanda que se ajustaba tanto a los intereses del Servicio Social como a las necesidades de los/as sujetos/as de hemodiálisis.

Para adentrarnos en el próximo apartado, en el cual comenzamos a delimitar nuestro objeto de intervención en base al problema ya construido con anterioridad, consideramos fundamental indicar que este objeto es el que nos permitió pensar en estrategias de intervención acordes a la finalidad de esta intervención pre profesional.

Objeto de Intervención

Para comenzar, es importante definir que el objeto de intervención es el aspecto específico de la realidad que el/la profesional o el equipo de intervención desea transformar o modificar mediante la aplicación de sus saberes y técnicas. Se trata de una construcción teórica que permite enfocarse en un aspecto particular de la realidad que se quiere transformar, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los/as sujetos/as involucrados/as. Según autores como Franco (1998) y Matus (2009), el objeto de intervención del trabajo social es la realidad social en su conjunto, entendida como una construcción histórico-social, que se caracteriza por la desigualdad y la exclusión social. En este sentido, el objeto de intervención del trabajo social se enfoca en las causas y las consecuencias de la exclusión social, así como en la promoción de la inclusión social y el fortalecimiento de los derechos de las personas.

En ese sentido, la intervención necesita de un objeto para ser abordada. Como indica Nora Aquín (1996), el hablar del objeto de intervención es preguntarse por el equivalente teórico de una necesidad demandada.

Decir equivalente teórico es afirmar nuevamente que los hechos hablan de acuerdo con las teorías que los están sustentando, que no se accede directamente a lo real, sino a través de mediaciones, de espacios de articulación entre teoría y empiria, entre expresiones de lo real y sus significaciones. (p.74)



A partir de ello, la autora indica que el objeto de intervención del trabajo social es una construcción intelectual que se da mediante las necesidades que se le presentan a los/as sujetos/as; se constituye a través de la red de relaciones que se van dando entre los/as sujetos/as demandantes de satisfactores socialmente disponibles y necesarios para la reproducción, y aquellos agentes que poseen los recursos (Aquín, 1995). El objeto de intervención, que adquiere relevancia en determinado campo de conocimiento, requiere manejo del campo teórico y metodologías puestas en movimiento (Aquín, 2005).

Para continuar con el desarrollo, a partir del problema identificado anteriormente, es necesario destacar que, en nuestra intervención, la construcción del objeto se da a partir de poner énfasis en las necesidades no materiales que poseen las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Córdoba, ya que, el trabajo social actúa sobre las necesidades tanto materiales en relación a “recursos que hacen posible la producción, distribución o consumo de otros”, (González, 1999), cómo no materiales “referida a valores, disposiciones de sentimientos, a conocimientos o saberes, habilidades etc.” (González, 1999).

Por consiguiente, en la construcción del objeto de intervención, consideramos destacar que la vida cotidiana de estas personas con las cuales construimos la intervención se ve altamente afectada por su condición de salud y por el tratamiento al que deben someterse varias veces a la semana. Asimismo, y no menos importante, las estructuras capacitistas y limitantes de la sociedad por el modelo productivo y normativo que se tiene, produce que la construcción cotidiana de estas personas se vea limitada y obstaculizada, reduciendo los deseos, necesidades y derechos de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis a lo que la sociedad considera que debe de ser. En este sentido, la intervención del trabajo social se enfoca en comprender cómo estas personas enfrentan y se adaptan a los cambios que implica su tratamiento de hemodiálisis, así como en identificar y abordar sus necesidades no materiales desde una posición de derecho, buscando restituir cada derecho que está siendo vulnerado.

En este análisis, nos parece importante considerar a la ideología de la normalidad, la cual “opera sustentada en la lógica binaria de pares contrapuestos, proponiendo una identidad deseable para cada caso y oponiendo su par por defecto, lo indeseable, lo que no es ni debe ser” (Rosato, 2009, p. 96), para develar cómo opera e influye en la vida de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis esta ideología, buscando, a partir de ello, hacer visible las limitaciones y obstáculos a los cuales se enfrentan los/as sujetos/as por las construcciones sociales que se traen arraigadas acerca de lo que es la normalidad y



anormalidad, las cuales también afectan la representación que tienen sobre ellos/as mismos/as en su vida cotidiana. Como muestra de ello, se pueden citar algunos testimonios de los/as sujetos/as con los cuales trabajamos.

“Al principio me costó, era un shock muy grande el haber sido normal y de repente no.” (EH1)

“Cuando pasé acá, al sector de hemodiálisis, no podía creer que se rieran. Me molestaba que se rieran, como si tuvieran una vida normal.” (EH2)

En el análisis de estos relatos, resulta esencial examinar en profundidad el impacto de la ideología de la normalidad en la vida de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis. Esta ideología se basa en la construcción de pares contrapuestos, estableciendo una identidad deseable para cada caso y oponiendo aquello que se considera indeseable o anormal. Esta lógica binaria influye significativamente en la vida de las personas con discapacidad y puede generar limitaciones y obstáculos en su experiencia diaria.

La influencia de la ideología de la normalidad se manifiesta en la representación que las personas con discapacidad tienen de sí mismas en su vida cotidiana. Los testimonios de los/as sujetos/as con los que se trabajó reflejan esta influencia. Por ejemplo, en el relato EH1, la persona menciona que al principio le resultó difícil enfrentar la realidad de haber pasado de ser considerado "normal" a vivir con una discapacidad. Esto revela el impacto que la ruptura con la norma puede tener en su subjetividad, en la percepción de uno/a mismo/a y en la adaptación a una nueva realidad.

El testimonio de EH2 resalta la incomodidad que siente la persona al observar que otros/as en el sector de hemodiálisis se ríen y parecen llevar una vida normal. Esta experiencia revela la percepción de la normalidad como algo inalcanzable o ajeno, generando sentimientos de exclusión y marginación. La comparación con una vida "normal" puede ser frustrante y reforzar la idea de que las personas con discapacidad no se ajustan a los estándares socialmente aceptados desde una matriz capitalista.

Estos relatos brindan una perspectiva valiosa sobre las vivencias y representaciones de las personas con discapacidad en el contexto del tratamiento de hemodiálisis. Permiten visibilizar cómo la ideología de la normalidad afecta su experiencia diaria, influyendo en su representación individual y social.



En este sentido, es fundamental cuestionar y desafiar la ideología de la normalidad para promover una sociedad más inclusiva y equitativa. Debemos reconocer y valorar la diversidad humana en todas sus formas, superando la idea de que existe un único estándar de normalidad. Esto implica generar espacios y servicios que sean verdaderamente accesibles y respetuosos de las necesidades y particularidades de las personas con discapacidad, promoviendo su plena participación y bienestar en todos los ámbitos de la vida, incluido el ámbito de la salud. Al escuchar y dar voz a las personas con discapacidad, podemos avanzar hacia una sociedad más inclusiva y eliminar las barreras.

La intervención del trabajo social en este ámbito “no se estructura a partir de carencias de orden material, sino de problemas de relación y/o representación que producen conflictos” (Aquín, 1995, p. 28). En este sentido, el trabajo social busca intervenir en la dimensión simbólica para abordar los problemas de relación y representación que se producen en los/as sujetos/as que pertenecen a un servicio brindado por el Hospital Córdoba. Para ello, es necesario tener en cuenta las representaciones y prácticas cotidianas de los/as sujetos/as dentro y fuera del hospital, y comprender cómo estas pueden estar influyendo en su experiencia y construcción de cotidianidad. Por ejemplo, las representaciones y prácticas cotidianas en torno al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, como así también las ideologías de normalidad-productividad de la sociedad sobre las personas con discapacidad afectan la calidad de vida, así como también las representaciones propias de estos/as sujetos/as.

Por lo tanto, la intervención del trabajo social en la dimensión simbólica implica identificar y analizar estas representaciones y prácticas cotidianas, y trabajar en conjunto con los/as sujetos/as involucrados/as para transformarlas y abordar en conjunto nuevas maneras de relación y representación que promuevan una visión más crítica y consciente sobre las estructuras de poder capacitistas, biomédicas y productivas que atraviesan a estos sujetos dentro y fuera del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba.

Continuando con el escrito, a pesar de que comprendemos que la realidad e historia de vida de estos/as sujetos/as son diferentes y diversas, consideramos que todos/as tienen en común y se encuentran atravesados/as por limitaciones en su reproducción cotidiana de la existencia, ligadas a su tratamiento y discapacidad. Por lo tanto, definimos a nuestro objeto de intervención como: **la visibilización de las limitaciones y obstáculos que poseen las personas con discapacidad que asisten a realizarse hemodiálisis al Hospital Córdoba en torno a la vida cotidiana.**



En este punto, es fundamental indicar qué se entiende por vida cotidiana. La autora Estela Grassi (1989), hace referencia a la vida cotidiana como el conjunto de actividades, roles, prácticas y relaciones que se dan en el ámbito familiar y comunitario, y que son parte fundamental de la experiencia de las personas. Es el espacio donde se construyen y reproducen las normas, valores y significados que rigen la sociedad, y donde se establecen las formas de relación y convivencia entre las personas. Para Grassi, la vida cotidiana es un terreno fértil para la intervención del/la trabajador/a social, ya que es en este espacio donde se presentan las situaciones de vulnerabilidad y desigualdad que necesitan atención y acompañamiento. En este sentido, la autora destaca la importancia de conocer y comprender las dinámicas de la vida cotidiana de las personas, sus necesidades, expectativas y formas de enfrentar los problemas, como punto de partida para la planificación y ejecución de las acciones de intervención. La vida cotidiana es un espacio de intervención y transformación social que exige una mirada crítica y comprometida por parte del/la asistente social.

Por otra parte, desde los aportes de Agnes Heller (1984) en su texto "Teoría de la vida cotidiana", se enfocó a la cotidianidad como un espacio de construcción de identidad y de sentido en la vida de las personas. Para ella, la vida cotidiana es el ámbito donde se desenvuelve la existencia humana, donde se crean relaciones y se dan encuentros con el mundo y con los/as otros/as.

Nuestro interés en conocer acerca de las limitaciones y obstáculos que poseen los/as sujetos/as que asisten a realizarse hemodiálisis al Hospital Córdoba en cuanto a su vida cotidiana, surge de buscar comprender cómo operan las estructuras de poder en la sociedad, excluyendo a quienes no se amoldan al sistema y funcionamiento capitalista, predominante en la actualidad.

La sociedad está estructurada de manera que favorece a aquellos/as considerados/as "normales" y que pueden cumplir con las condiciones establecidas socialmente. Esto significa que las personas con discapacidad o que requieren tratamientos médicos que limitan su capacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas se encuentran en desventaja y a menudo son excluidas de diversos sectores, tanto sociales como laborales. Esta exclusión impacta directamente en la autonomía de estas personas, ya que se ven impedidas de desenvolverse con total libertad en diferentes ámbitos y, en muchos casos, requieren de la asistencia de otra persona.



¿Por qué un diagnóstico médico debe ser sinónimo de exclusión y limitación? Esta pregunta nos invita a reflexionar sobre los prejuicios y estereotipos arraigados en nuestra sociedad en relación con la discapacidad. Un diagnóstico médico no debería ser motivo para excluir a alguien de participar plenamente en la sociedad ni para imponerle limitaciones en sus oportunidades y derechos. Sin embargo, las estructuras sociales y las normas sociales están arraigadas en un modelo productivo y normativo que valora la productividad, la eficiencia y la capacidad física y mental según los estándares convencionales. Esto resulta en la marginación y la discriminación de las personas con discapacidad, ya que sus características y necesidades no se ajustan a las expectativas establecidas. A su vez, los estigmas y la falta de accesibilidad muchas veces perpetúan estas exclusiones y limitaciones, afectando la calidad de vida y la participación activa de las personas con discapacidad.

Para abordar estas problemáticas, se requiere de la toma de conciencia de cómo afecta a las personas con discapacidad la visión de productividad que impone el capitalismo desde el inicio de la modernidad, para generar una transformación social que comprenda a la discapacidad y la diferencia como parte de la "productividad". Es necesario cuestionar y desafiar las visiones de capacidad/incapacidad arraigadas en esta sociedad capitalista, promoviendo una mayor inclusión y accesibilidad en todos los ámbitos. Además, se deben crear políticas y medidas que garanticen la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, reconociendo y valorando su diversidad y capacidad para contribuir plenamente a la sociedad.

Instrumentos de la intervención

En la intervención pre-profesional que se desplegó durante el año 2022, se hizo uso de un instrumento existente y perteneciente al personal del Servicio Social del Hospital Córdoba, el cual consistía en una entrevista estructurada para relevar datos de los/as sujetos/as del Servicio de Hemodiálisis. Algunos de los datos relevados fueron: el nivel educativo alcanzado, condiciones de vivienda, ingresos económicos, tiempo realizándose el tratamiento, entre otras cuestiones. Decidimos aplicar dicho instrumento para obtener información o para realizar una caracterización de los/as sujetos/as con los/as cuales llevaríamos adelante nuestra práctica de intervención pre-profesional.

Con respecto a los datos obtenidos por medio del instrumento, realizamos una tabulación de estos e hicimos entrega al Servicio Social del Hospital Córdoba, ya que el servicio



de profesionales en trabajo social no contaba con datos de los/as sujetos/as asistentes y con los cuales estaban interviniendo. A su vez, a partir de estos datos es que definimos la muestra.

El recurso metodológico del cual hicimos mayor uso fueron las entrevistas semi-estructuradas, ya que nos permitieron acercarnos y conocer a los/as sujeto/as con los cuales construimos la intervención, identificando así cuales son las problemáticas que mayormente atraviesan a estos/as e interviniendo a partir de ello. En base a lo mencionado con anterioridad, luego de analizar en profundidad las entrevistas, logramos identificar que la corporalidad, la falta autonomía, la discapacidad y lo que implica estar en hemodiálisis son una de las mayores problemáticas que afectan a los/as sujetos/as, por lo que empezamos a construir estrategias en pos de que estas temáticas sean promovidas dentro del Servicio de Hemodiálisis, ya que es un área no abordada por el resto de las profesiones ni problematizada dentro de la institución.

Asimismo, por medio de las entrevistas, pudimos recolectar la información necesaria para llevar adelante la construcción de esta tesina. Por otra parte, un punto importante a destacar es la predisposición profesional como grupo, debido que, luego de las entrevistas, concretamos debates y autoevaluaciones del proceso de intervención que estábamos transitando. Lo mencionado con anterioridad nos permitió problematizar la práctica a medida que iba transcurriendo y, en base a ello, ir eligiendo las estrategias adecuadas para lograr nuestros objetivos y finalidades.

Estrategias de intervención de la práctica pre-profesional

Como se ha mencionado anteriormente, esta intervención se situó en el Servicio Social del Hospital Córdoba y, a su vez, en el Servicio de Hemodiálisis, debido que, en este último se encuentran los/as sujetos/as con los cuales construimos nuestro proceso de intervención. En este escenario se fueron definiendo y construyendo estrategias para el abordaje del problema de intervención identificado. En primer lugar, es importante precisar el término estrategias; para ello, recuperamos los aportes de Gaitán Paula, quien considera que estas nos permiten planear correctamente el uso de herramientas en relación a cada situación particular: “Las estrategias de intervención operan como conjunto de prácticas sociales, políticas, profesionales, académicas entre otros dirigidas a resolver situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción de su existencia.” (2016, p. 397).

Asimismo, se considera a la estrategia de intervención como una mediación dialéctica entre la teoría y la práctica, “es el horizonte donde se juegan las miradas epistemológicas y de



la teoría social” (Aquín, 1995, p. 73). Como grupo, buscamos posicionarnos desde una perspectiva de derecho, considerando a los/as sujetos/as como actores/actrices, creando espacios de escucha y participación, reconstruyendo redes sociales y familiares, trabajando en pos de que sus voces sean escuchadas y reconocidas; de esta forma, estaremos visibilizando las múltiples problemáticas que atraviesan a los/as sujetos/as como manifestación de la cuestión social.

Desplegar diversas estrategias, no es solo un hacer, sino que se constituye en una intervención fundada, mediante la cual se ven y comprenden a los/as sujetos/as, superando la visión instrumentalista del quehacer del trabajo social. En ese sentido, y siguiendo con los aportes de la autora Gaitán (2016), es importante caracterizar aquí que se desplegó, a lo largo de la intervención, la estrategia de “articulación inter-institucional/Construcción-consolidación de redes”. En este punto, cabe destacar, que el autor Aruguete (2001) define a las redes como:

Formas de interacción social, definida por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente, que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos. (2016, p. 409)

En tal sentido, Aruguete plantea que la intervención en redes adquiere un propósito fundamental: organizar y reflexionar acerca de las interacciones que emergen de manera espontánea. El autor sostiene que esta intervención se caracteriza por ser una acción reflexiva que brinda a los/as individuos/as la posibilidad de realizar un autoanálisis, permitiéndoles manifestar sus campos de intereses y desarrollar prácticas que fomenten la unificación de códigos compartidos.

En este sentido, la intervención en redes se posiciona como una estrategia dinámica y participativa que promueve una mirada crítica y un análisis profundo de la realidad social. Al otorgar a los/as sujetos/as la oportunidad de examinarse a sí mismos/as y manifestar sus intereses, se crea un espacio propicio para el intercambio de ideas y la construcción conjunta de soluciones innovadoras y pertinentes.

En base a lo mencionado con anterioridad, y siguiendo los aportes de Elina Dabas (2001), se considera fundamental realizar un mapeo de las redes sociales y personales de los/as sujetos/as, tales como familia, amistades, relaciones laborales/escolares y relaciones



comunitarias, lo cual permite contextualizarlos/as y recoger información que aporte a modificar las condiciones de vida de estos/as. A partir de ello, la información proporcionada por esta estrategia nos permitió entender más las representaciones de cada uno/a de los/as sujetos/as. Es fundamental este punto, ya que, cada sujeto/a que asiste a hemodiálisis ha atravesado este camino de diferente manera, ninguna experiencia es igual, y esto se da debido a que las personas no son ajenas al contexto y a lo que lo rodean, sus representaciones se van construyendo en torno a su alrededor, a aquello que ven, escuchan y sienten. Y entonces, es por esto que cada quien tiene una perspectiva diferente respecto a lo que implica la discapacidad, autonomía, corporalidad y hemodiálisis; como así también cómo son concebidas estas temáticas, ya que la manera de llevar adelante el tratamiento, sus sentires en torno a eso y las limitaciones generadas se ven vinculadas a cómo las redes fortalecen o deconstruyen esas visiones preconcebidas.

“La hemodiálisis fue un golpe muy grande, sobre todo para mi vieja, porque en un principio mi mamá no sabía qué era la diálisis. Recién a los dos meses empezó a preguntar, así que, yo pienso que es como que estaba shockeada. Mis hermanos me ayudaban en lo que podían, pero nunca me hicieron sentir como que estaba inválido. No me trataban como una víctima, como una persona que necesita ayuda.” (EH2)

“Si yo decía ‘no, no puedo ir porque estoy cansado por la hemodiálisis’, mis amigos venían, me buscaban y me llevaban, así que, tenemos una relación en la cual no hablamos de la enfermedad. Sí me consultan qué hago y qué no hago, pero no es el tema principal. Nosotros nos seguimos comportando igual que siempre. Me ven como algo más que una enfermedad.” (EH6)

“Desde que empecé el tratamiento la única compañía que tengo es mi señora. Me quedé solo. Solo de las amistades.” (EH5)

A través del análisis de los relatos, hemos podido comprender la importancia de las redes para las personas. Estas redes son fundamentales para llevar adelante tratamientos y enfrentar los desafíos y obstáculos diarios a los que se enfrentan estos/as sujetos/as.

Desde los aportes de Dabas (2001), el efecto red se basa en la sensación de dar y recibir, sabiendo que en algún momento otras personas de la red podrían brindar ayuda. Dentro de esta perspectiva, han surgido diferentes modalidades de intervención, como las intervenciones comunitarias.



El mapeo de las relaciones personales y sociales se ha utilizado como una herramienta para comprender la importancia de diferentes grupos de relaciones. Además de la familia, se consideran las amistades, las relaciones laborales o escolares, y las relaciones comunitarias, de servicio o de credo. Estos mapas también pueden abarcar las relaciones institucionales y las redes comunitarias, proporcionando una visión general de la comunidad y facilitando la colaboración entre las partes involucradas en la resolución de problemas.

En tal sentido, en los relatos proporcionados se puede observar que las redes de apoyo y el acompañamiento e involucramiento social en materia de discapacidad, como en tantas otras temáticas que deben tomar relevancia, son importantes para los procesos de salud. Los/as sujetos/as destacan el apoyo y compañía que reciben de sus redes, que van más allá de la ayuda material, teniendo un gran valor simbólico. Según House (1981), la red de apoyo se define como un conjunto de relaciones sociales personales que proveen una variedad de recursos, incluyendo recursos emocionales, instrumentales, informativos y evaluativos, dentro de un contexto de confianza y reciprocidad.

En EH2, se destaca cómo la familia y los/as hermanos/as brindan apoyo a la persona que requiere hemodiálisis, pero sin tratarlo como una víctima o alguien necesitado/a de ayuda. Este enfoque de no victimización es consistente con la idea de las redes como una metodología para la acción, donde se busca fortalecer a las personas y promover su autonomía. Por medio de un intercambio dinámico entre dos agentes, se abre la posibilidad a potenciar y poner en marcha recursos, como así también la búsqueda de alternativas para la resolución de los problemas en busca de la satisfacción de las necesidades de las personas en hemodiálisis, en este caso.

En el relato EH6, el/la sujeto/a menciona la importancia de sus amigos/as, quienes no centran la atención en la enfermedad, sino que continúan manteniendo una relación de igualdad y tratan a la persona como más que una enfermedad. Esto refuerza la noción de que las redes brindan apoyo emocional y contribuyen a la deconstrucción de la ideología de la normalidad.

Sin embargo, también se evidencia un aspecto negativo en EH5, donde la persona menciona que desde que comenzó el tratamiento de hemodiálisis, se ha quedado solo y ha perdido amistades. Esto subraya la importancia de contar con una red sólida y de un acompañamiento comunitario. En ese sentido, al recibir apoyo de la comunidad, los/as sujetos/as que llevan adelante su tratamiento de hemodiálisis pueden acceder a recursos



emocionales, sociales y materiales que les ayudan a enfrentar las limitaciones y/u obstáculos que se les presentan a lo largo de su proceso de atención-salud-enfermedad-cuidado. La comunidad puede desempeñar un papel clave al proporcionarles recursos materiales y simbólicos.

En términos teóricos, los relatos demuestran cómo las redes son fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas que se encuentran atravesadas por situaciones de salud o la misma cuestión social en su cotidianidad. Estos testimonios respaldan la idea de que las redes ofrecen apoyo emocional, compañía y ayuda práctica, y son un factor clave en la resiliencia y el afrontamiento de los desafíos cotidianos. Asimismo, los relatos resaltan la importancia de abordar las redes de manera integral y considerar diferentes tipos de relaciones, como las familiares, amistades, laborales, comunitarias e institucionales. Esto refuerza la necesidad de una perspectiva de intervención que reconozca la interconexión y la influencia mutua entre estas diferentes redes.

Continuando con el escrito, otra de las estrategias que desplegamos a lo largo de la intervención pre profesional es, la “Estrategia Educativa/con énfasis en formación-capacitación”, ya que esta aborda principalmente saberes y representaciones sociales. Mediante este tipo de estrategia, se busca poder reconocer y visibilizar las diversas variedades que existen respecto a alguna temática, haciendo uso de espacios de reflexión y discusión, a fin de poder realizar un análisis de estas visiones y sus anclajes sociales e históricos.

El uso de la estrategia mencionada con anterioridad, desde el trabajo social, tiene como objetivo contribuir a que las voces de las personas puedan ser escuchadas y que ellos/as sean libres de hablar y opinar, dándose en un ámbito respetuoso y, en el cual, ambas partes se puedan favorecer. Hay que aprender de los/as sujetos/as y lo que ellos/as, con su experiencia y vivencias, tienen para darnos, creando así -como plantea Sousa Santos (2006)-, una ecología de saberes, la cual fundamenta que no existe el conocimiento o la ignorancia en general, sino que la producción de conocimiento se puede encontrar en vinculación con la intervención intercultural e intersubjetiva con la realidad, es decir, se le toma importancia a la sabiduría, ética y valores de las personas. En ese sentido, considerar lo anterior nos permitió abordar el problema de intervención desde las limitaciones y obstáculos que se generaban en torno a las representaciones de la discapacidad, hemodiálisis, autonomía y corporalidad que tienen los/as sujetos/as. Nuestra intención al aplicar esta estrategia fue traer a debate los saberes sobre las temáticas mencionadas con anterioridad y ponerlas en tela de juicio, ya que estas



representaciones no cuestionadas de los/as sujetos/as se tornan un obstáculo en la cotidianidad de ellos/as mismos/as. El conocimiento de los aspectos mencionados con anterioridad, se dio a través de entrevistas en profundidad.

“Que si no te funciona un órgano vital cuenta como discapacidad me enteré ahora. Pensé que era más una cuestión motriz, que era cuando tenías alguna cuestión que se veía.” (EH1)

“No veía a la discapacidad como algo grave, pero hay limitaciones para todo.” (EH3)

“Sé que tengo una discapacidad porque no me puedo alejar del hospital, día de por medio tengo que venir. En ese aspecto, sí tengo una limitación, no me puedo alejar. Sí dependo de una máquina para poder vivir, por ende, sí tengo una discapacidad.” (EH2)

Para la concreción de dicha estrategia, realizamos debates durante las entrevistas semi-estructurales individuales con cada persona. Debido a la falta de espacio para realizar debates grupales, aprovechamos los momentos en que las personas estaban recibiendo su tratamiento de hemodiálisis para abordar las temáticas. Algunas de las frases recuperadas con anterioridad eran las que se reproducían desde su propia voz durante las entrevistas individuales.

Es importante detenernos aquí y analizar cómo se invisibiliza la importancia de trabajar las representaciones sociales que las personas generan sobre la discapacidad. Debemos considerar que la presentación de cuerpo deseado-normativo implica la promoción de ciertos conceptos que todavía persisten en la sociedad actual. Estos conceptos buscan establecer la idea de que un cuerpo sin discapacidad visible es un cuerpo considerado "saludable", "normal" o que no parece tener discapacidad. Estas representaciones sólidas operan como modelos deseados y normas invisibles que afectan directa e indirectamente la autopercepción de las personas con discapacidad. Aunque no se expresen claramente ni se evalúen críticamente, estas representaciones son responsables de gran parte de la felicidad o infelicidad, así como de la autopercepción negativa o positiva de los/as sujetos/as y de su interacción en el entorno social. Los relatos recuperados con anterioridad buscan abordar estos temas, desentrañar estas cuestiones y visibilizar cómo operan estos ideales, al tiempo que se diseñan posibles caminos para profundizar y deconstruir la ideología de la normalidad y cuerpo normativo.



Las ideas de perfección, normalidad y cuerpo normativo como ideales, conforman tanto la meta hacia la que queremos dirigirnos como así también lo que se considera normal o anormal.

“Al hablar de discapacidad, yo me imaginaba a esas personas que andaban en silla de ruedas, que, sí o sí, dependían de alguien.” (EH4)

Hemos creado socialmente modelos que no existen pero que magnetizan y juzgan lo que realmente existe: cada uno/a de nosotros/as ha construido internamente este ideal de normalidad y cuerpo hegemónico. Esto reduce la discapacidad a lo meramente corporal y externo, invisibilizando la complejidad del colectivo de personas con discapacidad. Al analizar los relatos recuperados, es importante debatir y comprender la existencia de personas con discapacidades viscerales, como las personas con las cuales abordamos nuestro trabajo final de grado. La discapacidad visceral, también conocida como discapacidad orgánica, afecta el funcionamiento de los órganos internos en los/as individuos/as.

En la sociedad, existe una conciencia generalizada de que una persona con discapacidad es aquella que presenta alguna limitación en su movilidad, a la que le falta alguna parte visible del cuerpo o que posee una aparente falta de funciones psíquicas. No obstante, el término discapacidad también abarca otras condiciones, como daños o enfermedades en los órganos internos, que pueden suponer un impedimento a nivel laboral, social o personal. La discapacidad visceral puede afectar a distintos sistemas del individuo, como el cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico o endocrino. La discapacidad visceral parece pasar desapercibida en muchos niveles, lo que impide garantizar a las personas que las padecen los derechos necesarios para mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, y siguiendo con el desarrollo, como parte de la estrategia educativa con énfasis en formación y/o capacitación, es que decidimos realizar intervenciones en el nosocomio por medio de dos infografías, las cuales fueron pegadas en los pasillos del Hospital Córdoba, Servicio Social y Hemodiálisis. Una de ellas, tenía como objetivo promover el reconocimiento acerca de qué es la discapacidad, lo cual buscaba instrumentar sobre la temática no solo a los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención, sino también a las personas y profesionales con los cuales se vinculan diariamente. Consideramos que utilizar esta estrategia puede contribuir a deconstruir ideologías o perspectivas que limiten y/o obstaculicen la vida cotidiana de las personas con discapacidad.



A través de las entrevistas realizadas a los/as sujetos/as en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba, fue que logramos identificar la falta de reconocimiento acerca de lo que es el CUD, la mirada que sigue legitimando y las prestaciones que otorga, que en algún punto favorecen la satisfacción de ciertas necesidades de las personas con discapacidad, las cuales, un gran porcentaje de su población se encuentra en la línea de la pobreza (Yrigoyen, 2013). Frente a ello, decidimos realizar aportes en la infografía de discapacidad sobre el certificado de discapacidad, debido a las prestaciones que garantiza a las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, ya que estos/as sujetos/as además de atravesar limitaciones en cuanto a sus necesidades simbólicas, también están atravesados/as por necesidades materiales, como la falta de movilidad para transportarse hasta el nosocomio. El CUD garantiza una serie de prestaciones que pueden aportar al proceso de salud.

“Todavía no me he hecho el CUD, no lo he tramitado. He preguntado sí, pero todavía no lo he hecho.” (EH3)

“Calculo que sí es una herramienta que te puede servir si necesitas movilizarte en el transporte público.” (EH2)

“Uno va a pedir una ayuda y si no tenés certificado de discapacidad no te dan nada. Y así mismo, teniendo un certificado, tenés que llorar para que te den una ayuda, y cuando te ayudan, te ayudan por única vez y después chau.” (EH6)

“Por lo que me han dicho algunos, al certificado muchos lo hacen y lo guardan, pero otros sí le dan un buen uso, pero es como que tengo que andar mostrando en todos lados que soy una persona discapacitada y tengo el certificado, por ahí no sé si es de mucha ayuda.” (EH4)

“En sí al papel que decía que tengo una discapacidad me costó muchísimo hacerlo, decidirme a que me dieran un papel que dijera eso.” (EH1)

En vinculación con los relatos mencionados anteriormente, tomamos los aportes de la autora Liliana Vallejos (2013), quien en relación al CUD, ha expresado su preocupación por el proceso de evaluación de la discapacidad y la emisión del certificado. En una entrevista en el año 2017, Vallejos señaló que, en Argentina, la emisión del CUD sigue un modelo médico-rehabilitador que se enfoca en la evaluación de la capacidad funcional, y deja de lado otros aspectos de la vida de las personas con discapacidad, como su identidad cultural, su



participación social, su autonomía y sus derechos. A su vez, la autora argumenta que este sistema no solo es burocrático y lento, sino que también pone en riesgo la privacidad y autonomía de las personas con discapacidad al obligarlas a revelar información personal y médica detallada para obtener el certificado.

Asimismo, Vallejos ha criticado la falta de accesibilidad y transparencia en el proceso de evaluación, la falta de participación de las personas con discapacidad en la elaboración del CUD y la falta de una mirada interdisciplinaria y de enfoque de derechos en la evaluación. Además, destacó la necesidad de que el certificado de discapacidad no sea utilizado como una herramienta de control o de exclusión, sino como una herramienta de inclusión y de garantía de derechos. Vallejos sostiene que el sistema de certificación a través del CUD promueve una visión reduccionista y medicalizada de la discapacidad, centrada en la patología y la deficiencia física o mental, en lugar de abordar la discapacidad como una cuestión social que se relaciona con barreras y obstáculos en el entorno y en las estructuras sociales.

A pesar de que el hecho de contar con el CUD puede brindar acceso a ciertos beneficios, servicios y recursos que de otra manera no estarían disponibles, lo indicado por Vallejos permite ver que el certificado puede ser reconocido como un mecanismo de control social que se utiliza para clasificar y jerarquizar a las personas con discapacidad en función de su grado de discapacidad y necesidades de apoyo.

En este sentido, los relatos de los/as sujetos/as que asisten a realizarse hemodiálisis en el Hospital Córdoba consideran que hay una cierta falta de información y comprensión acerca del CUD y sus beneficios. Algunos/as están evaluando obtenerlo, mientras que otros/as lo ven como una herramienta inútil o que sigue estigmatizando a las personas con discapacidad. Sin embargo, uno de los relatos sugiere que el certificado es necesario para acceder a ciertas prestaciones y recursos. En tal punto, se podría indicar que la relación entre lo señalado por Vallejos y los relatos de los/as sujetos/as puede encontrarse en el hecho de que el CUD puede ser visto de diferentes maneras, dependiendo de las circunstancias y experiencias de cada persona con discapacidad.

Por otra parte, en el texto de Vallejos, se discute la importancia de la certificación de discapacidad como un medio para obtener servicios y beneficios que pueden mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. En los relatos citados, las personas entrevistadas hablan sobre su experiencia personal con el certificado y cómo ha afectado su acceso a los



servicios y beneficios, mencionando la importancia del certificado como una herramienta para acceder al transporte público y otras prestaciones, así como la dificultad de obtener ayuda sin tener un certificado.

En conclusión, los relatos revelan las implicaciones significativas que la certificación de discapacidad puede tener en la vida diaria de las personas con discapacidad, tanto en términos de acceso a servicios como en la experiencia personal de obtener y utilizar el certificado. Es evidente que el CUD las lleva a definirse desde la perspectiva de la discapacidad, lo cual puede generar resistencias debido a la mirada socialmente construida en torno a la discapacidad. Esta mirada es una que los coloca en una posición de desventaja en todos los sentidos, debido al sistema económico capitalista en el cual nos encontramos insertos, el cual define quién es productivo y quién no. Las personas con discapacidad por medio del CUD se ven obligadas a etiquetarse y definirse en función de su discapacidad para acceder a los beneficios y servicios a los que tienen derecho, cuando en realidad deberían de crearse mecanismos de acceso universal, que contemplen toda la diversidad de cuerpos y funcionalidades en la sociedad.

Además, los relatos destacan la importancia de abordar las barreras y desafíos que enfrentan las personas en relación con la certificación de discapacidad, debido que hay muchos tipos de exclusión en las diferentes discapacidades que nos deberíamos plantear, ya que se trata no solo de reclamar un derecho vulnerado por medio de la certificación, si no también repensar cómo el sistema por medio de su burocratización vulnera y excluye a quienes más requieren de la intervención del Estado y de una presencia de la sociedad para que sus derechos sean vulnerados.

La burocratización para obtener el CUD vulnera derechos y reduce la discapacidad excluyendo las discapacidades viscerales o refractarias, como las personas con celiaquía refractaria, las cuales ven condicionada su vida social y cotidiana debido a que no se contemplan las necesidades dietarias.

Para lograr una inclusión genuina, es esencial fomentar una mirada más amplia y comprensiva de la discapacidad, basada en los derechos y en la valoración de las capacidades y potencialidades de las personas. Esto implica desafiar los estereotipos y prejuicios asociados con la discapacidad, y promover un enfoque centrado en la persona que reconozca su dignidad y autonomía.



Por consiguiente, la segunda infografía tuvo como objetivo visibilizar el Servicio de Hemodiálisis y a las personas con discapacidad que forman parte de él, por lo que se describe qué es la hemodiálisis y, a su vez, cómo se vivencia el tratamiento desde la voz de las propias personas que están en la actualidad en proceso de hemodiálisis. De esta manera, buscamos brindar reconocimiento al área de hemodiálisis mediante las voces de estas personas y sus experiencias, debido que, ellos/as mismos/as problematizaban la falta de reconocimiento y visibilidad dentro de la institución de salud.

En conclusión, las infografías tienen el objetivo de promover el reconocimiento y la comprensión de la discapacidad, así como visibilizar el Servicio de Hemodiálisis y las experiencias de las personas que se realizan este tratamiento. Estas infografías permiten transmitir información de manera visual y accesible, llegando a un amplio público que incluye a los/as sujetos/as que asisten al hospital, profesionales de la salud, estudiantes, pasantes, residentes, etc. Además, al utilizar este recurso, se busca desafiar y deconstruir estereotipos y prejuicios que puedan limitar la inclusión y participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad.

Las infografías resultaron de gran utilidad en la concreción de esta estrategia debido que además de cumplir la función de informar sobre ambas temáticas abordadas en ellas, también hacen visible lo que tanto se invisibiliza, la existencia de personas con discapacidad en la sociedad y las instituciones que la conforman, como así también se toma valor de la complejidad que significa la discapacidad como campo. En el caso de la infografía sobre la discapacidad, se busca no solo informar sobre la temática, sino también generar conciencia y comprensión hacia las necesidades y derechos de las personas con discapacidad. Por otro lado, la infografía del Servicio de Hemodiálisis busca dar visibilidad a esta área de atención médica y brindar reconocimiento a las personas que allí asisten, destacando sus experiencias y desafíos.

Concluyendo con el apartado, desde nuestras estrategias de intervención, lo que buscamos fue que se comprenda a los/as sujetos/as de manera integral, en donde se tengan en cuenta sus historias, sus derechos, el contexto en el que viven, sus redes de contención primarias y secundarias, sus recursos personales -educación, vivienda, trabajo, capital cultural, vínculos, etc.-, y la relación con la discapacidad, las formas de comprenderla, así como trabajar el ejercicio de la autonomía y la mirada sobre la corporalidad; como así también la de estar en tratamiento de hemodiálisis.



En relación con los relatos citados anteriormente, se puede observar que el diálogo y la comunicación fueron elementos claves para la construcción y aplicación exitosa de las estrategias implementadas. Alfredo Carballada (2013) indica que la construcción del sujeto/a de intervención se produce en el marco de un diálogo e interacción constante con el contexto. En este sentido, es posible llevar a cabo diversas formas de intervención, siempre y cuando exista una comunicación fluida y respetuosa con los/as sujetos/as implicados/as. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el diálogo no solo implica escuchar a los/as sujetos/as, sino también estar dispuestos/as a cuestionar nuestras propias prácticas y marcos, ya que a través de la reflexión crítica y el aprendizaje constante se pueden generar intervenciones fundadas desde la comprensión y validación de experiencia del/la otro/a.

Las estrategias de intervención aplicadas en el Hospital Córdoba se caracterizaron por estar teóricamente fundadas, pero también por dar voz y visibilidad a las personas con las cuales construimos la intervención. La participación activa de las personas con discapacidad y sus necesidades y demandas fueron elementos centrales en el diseño e implementación de las estrategias.

Esta aproximación centrada en las voces de las personas pudo generar cambios significativos tanto en la vida de los/as sujetos/as en tratamiento de hemodiálisis como en el entorno hospitalario en general, ya que las infografías desempeñan un papel importante al visibilizar la existencia de las personas con discapacidad, promoviendo sus derechos y voces. La visibilidad generada en los pasillos del Hospital Córdoba contribuyó a crear conciencia y sensibilización en la comunidad hospitalaria y entre los/as visitantes, fomentando un entorno más inclusivo y respetuoso.

Evaluación diagnóstica del proceso de intervención

En este apartado nos parece importante recuperar la importancia de la evaluación como fuente de retroalimentación durante y después de la intervención concretada. La evaluación no sólo es una etapa del proceso metodológico, sino que también constituye en sí, un proceso enriquecedor de toda intervención. El proceso evaluativo apunta a valorar o enjuiciar de forma sistemática e intencionada una determinada intervención en la realidad. Permite revisar, corregir y orientar la acción futura, la acción en desarrollo y el cuerpo teórico o marco referencial utilizado. (Jiménez, 1986)



Además, la evaluación diagnóstica del proceso de intervención es un proceso crítico que busca analizar el impacto y la eficacia de la intervención en relación a los objetivos planteados y las necesidades detectadas en la realidad social. Según Grinberg y Grinberg (1991), la evaluación diagnóstica debe tener en cuenta tanto la dimensión técnica como la dimensión política y ética de la intervención, analizando no solamente los resultados obtenidos, sino también los procesos, los/as actores/actrices y los contextos en los que se desarrolló la intervención.

En este sentido, la evaluación diagnóstica del proceso de intervención implica un proceso de reflexión crítica y autocrítica que permite identificar fortalezas y debilidades en la intervención, así como generar aprendizajes y ajustes necesarios para mejorar la intervención y su impacto en la realidad social. Por lo tanto, no debe ser vista como un fin en sí mismo, sino como una herramienta para mejorar la calidad y eficacia de la intervención en el campo de las ciencias sociales.

La evaluación en trabajo social adquiere características específicas que tienen como base la concepción general de esta disciplina: su objeto de acción, los principios o valores guías en que se sustenta, las características de los procesos que desarrolla y los objetivos de la acción profesional. Asimismo, en nuestro proceso de intervención, miramos a la evaluación como la posibilidad de manera gradual y sistemática de identificar los alcances, logros, obstáculos y limitaciones que se presentan; así también, proponer acciones correctivas para modificar, reestructurar y/o reorientar los rumbos del propio proceso de nuestra intervención en el Servicio Social, como así también en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba.

Continuando con el escrito, en la evaluación que realizamos, identificamos que el acompañamiento brindado por las trabajadoras sociales del Hospital Córdoba nos permitió orientar y definir cuestiones claves de la intervención pre profesional concretada debido que, el nivel profesional con el cual intervienen las licenciadas en trabajo social es ejecutado desde un marco teórico que se actualiza continuamente, permitiéndoles comprender las necesidades y problemáticas desde una mirada más integral. Asimismo, las metodologías y estrategias para las intervenciones que realiza cada licenciada del Servicio Social en el Hospital Córdoba es pensada grupalmente y puesta en debate en la “revista de sala”. Estas técnicas, instrumentos y maneras de intervenir que realizan las licenciadas en dicho nosocomio nos sirvieron como orientación a nivel grupal y profesional.



Por consiguiente, aceptar la demanda de intervención planteada por parte del Servicio Social de relevar datos e identificar necesidades concretas en el Servicio de Hemodiálisis sobre las personas que asisten allí, fue un desafío a nivel profesional como estudiantes y futuros licenciados ya que, como se ha expresado en todo el desarrollo de esta sistematización, las intervenciones profesionales en el área de hemodiálisis han sido pocas, por lo cual debíamos prepararnos para lo que se nos fuera presentado como grupo, sin una orientación bien clara sobre los tipos de obstáculos y necesidades que se nos presentarían.

En cuanto a los obstáculos presentados durante la intervención, percibimos que las necesidades de la vida cotidiana de los/as sujetos/as se presentaban como una gran dificultad al momento de desarrollar la entrevista, ya que las necesidades y obstáculos que estaban atravesando las personas se colocaban como el foco del diálogo. Frente a esto, en ocasiones debíamos implementar estrategias para recuperar el objetivo de la entrevista, sin invisibilizar la necesidad de ser escuchado del otro/a. Asimismo, la falta de un espacio para la entrevista individual también se presentó como un obstáculo ya que solo contábamos con el espacio grupal en el cual estaban todos los/as sujetos/as dializándose. La entrevista individual en un espacio compartido presentaba sus limitaciones a la hora de profundizar en ciertos temas. Cabe resaltar que, como se viene afirmando anteriormente, las entrevistas semi-estructuradas se desarrollaron cuando las personas estaban en su proceso de diálisis. Como grupo, cada martes y jueves durante algunos meses estuvimos aplicando el instrumento de la entrevista.

En cuanto a los aprendizajes a nivel grupal, durante la intervención pre profesional, identificamos, en primer lugar, la importancia de saber traducir a un lenguaje no tecnicista lo que buscábamos comunicar, ya que el lenguaje técnico a veces no era comprendido por los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención debido al nivel instrumental que poseen los/as sujetos/as y a lo específico del lenguaje de una disciplina. En segundo lugar, comprendimos lo importante de dialogar y poner en tensión las representaciones sociales que traen consigo los/as sujetos/as, ya que eso nos permitió promover el saber crítico y cuestionar las concepciones hegemónicas que tiene la sociedad sobre ciertas temáticas, las cuales terminan limitando y obstaculizando la vida cotidiana de los/as sujetos/as.

Continuando con el escrito, desde el inicio de nuestra intervención pre profesional hasta el final de la misma, los objetivos, estrategias, instrumentos y problema de intervención se fueron cambiando a medida que conocíamos más del escenario, como así también de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis. Cada cambio que se fue dando se



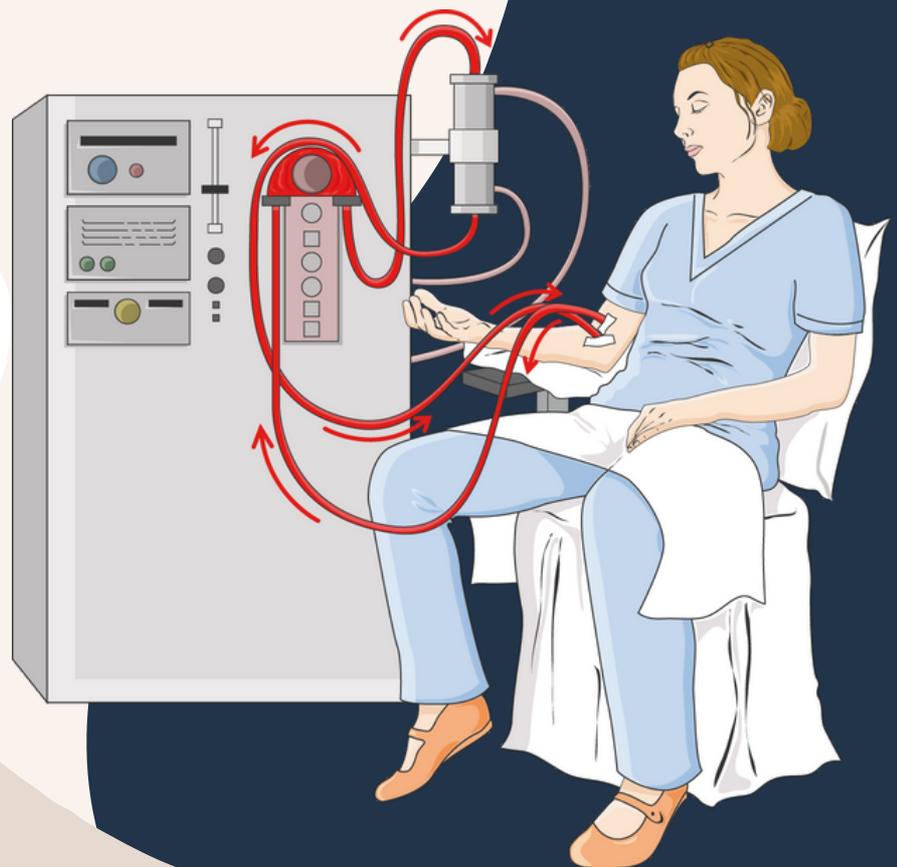
constituyó como una nueva posibilidad de mirar la intervención desde otro lugar. Comprendimos que la intervención es un proceso complejo y muy rico que permite seguir legitimando la importancia del trabajo social en el campo de la salud y discapacidad.

Asimismo, debemos destacar que la intervención en el área de hemodiálisis con los sujetos con discapacidad en dicho tratamiento nos permitió, por un lado, conocer sobre una temática poco promovida e intervenida a nivel profesional como lo es la hemodiálisis y, por otro, seguir adquiriendo herramientas y conocimientos sobre el campo de la discapacidad. Consideramos importante destacar que el conocimiento que fuimos adquiriendo grupalmente no solo se da por el saber teórico, sino también se constituye por el saber que circula en los escenarios sociales, el saber que brindan desde primera persona los/as sujetos/as con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis.

Concluyendo con el apartado, la valoración final sobre esta intervención a nivel grupal resulta muy positiva debido que se logró concretar nuestro objetivo de intervención planteado con anterioridad, el cual busca visibilizar la voz de los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención.

CAPÍTULO IV:

"Sujetos/as: Quienes conforman la máquina de la vida"





En el presente capítulo se desarrollarán, en un primer momento, el lugar desde donde miramos al/la sujeto/a con el/la cual construimos nuestra intervención pre profesional a lo largo del 2022, el cual es un lugar que busca visibilizarlo/a y considerarlo/a como una pieza importante y vital a la hora de construir cualquier tipo de intervención.

Continuando con el escrito, se recupera la categoría de interseccionalidad propuesta por la autora Kimberlé Crenshaw (1991), con el objetivo de analizar cómo este concepto nos permite visibilizar las estructuras de poder construidas históricamente, las cuales organizan la vida social e individual de las personas produciendo obstáculos, como así también identidades políticas. La interseccionalidad en el ejercicio profesional otorga una lectura de la realidad y análisis de las desigualdades, en tanto herramienta que contribuye a la construcción de toma de postura crítica frente a los problemas sociales que aborda el trabajo social.

Luego, describiremos y analizaremos a los/as sujetos/as con los cuales llevamos a cabo nuestra práctica de intervención pre profesional: las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis. Nuestro aporte a esta construcción de trabajo final de grado es poder comprender y visibilizar a este/a sujeto/ en particular, una persona con discapacidad que se dializa tres veces a la semana y que se ve subordinada por las estructuras de poder que giran en las instituciones de salud, como así también las que presenta la misma sociedad. Cabe aclarar que, algunas de las estructuras de poder que atraviesan a estos/as sujetos/as son la médico-hegemónica, las de inaccesibilidad estructural en el hospital, el sistema de poder patriarcal, heterosexual, la idea de normalidad, el capacitismo, etc.

Sujeto/a: repensando el concepto desde la potencia

Los/as sujetos/as con los cuales el trabajo social construye sus intervenciones, han sido producto de discursos y prácticas institucionales que los/as han moldeado e invisibilizado de cierta manera. Estos discursos y prácticas se centraban en considerarlos como amenazas para el crecimiento que proponía la nueva idea de modernidad, ejecutando prácticas de control social sobre ellos/as. Cabe resaltar que, cuando hablamos de control social en este trabajo final de grado, lo entendemos como “todas las formas de dirección de la vida de los pobres, con vistas a disminuir el costo social de su reproducción y a evitar los conflictos sociales derivados de la explotación económica, tendientes a garantizar las relaciones sociales de producción.” (Grassi, 1989, p.17)



El control social asume formas de vigilancia directa sobre la vida de los/as pobres, y las actividades de asistencia y beneficencia son recursos que se presentan bajo el ropaje del desinterés propio y del interés por el bien del otro/a, legitimándose de cierta manera el derecho a intervenir y corregir la vida familiar y cotidiana de los/as pobres. Este control social sobre los/as sujetos/as carentes -vistos desde esta lógica-, busca reorganizar sus roles en la sociedad en función de las necesidades coyunturales que plantea el sistema de dominación capitalista, capacitista, blanco, heterosexual y patriarcal.

Debemos problematizar esta constitución de sujeto/a para poder comprenderlos/as y posicionarlos/as en el lugar de la potencia y la construcción colectiva e individual, como individuos/as generadores/as de cambios y saberes. Esto nos resulta importante, ya que el lugar en el cual posicionamos a los/as sujetos/as en nuestra intervención profesional será el lugar desde el cual se generen modificaciones en el entorno social que nos rodea.

Asimismo, cabe destacar que las diversas conceptualizaciones y formas de mirar a los/as sujetos/as están en mayor o menor medida operadas desde la teoría, considerándose que el concepto de sujeto/a no es una categoría neutra. Entonces, debemos comprender que nuestro marco teórico también influye en la forma de concebir a los/as sujetos/as con los construimos la intervención, ya que “no existen conceptos vacíos, sino sujetos/as que le dan sentido al concepto y lo portan”. (López, 2013, p.5) Mirar al/la sujeto/a como una potencia o carencia recae sobre nosotros/as y nuestros marcos teóricos, es decir, que el problema no se encuentra en su “carencia” o su “forma desalineada”, sino en el lugar que ocupa u otorgamos al/la sujeto/a como protagonista. (Arias, 2010)

Por consiguiente, a lo largo de nuestra intervención, buscamos comprender cómo los obstáculos y limitaciones cotidianas, sociales y estructurales que atravesaban las personas en tratamiento de hemodiálisis eran producto del patrón de poder, pero tomaba diferentes expresiones según la realidad de cada sujeto/a. Frente a esto, recuperaremos el concepto de interseccionalidad, el cual ha contribuido en analizar y estudiar cómo las diferentes formas de opresión y la “herida colonial”, como lo plantea Díaz (2012), se manifiestan en los cuerpos situados en un contexto y momento determinado. En este sentido, recuperamos el concepto mencionado anteriormente para adentrarnos al/la sujeto/a con los/as cuales construimos nuestra intervención pre-profesional.



El concepto de interseccionalidad de Kimberlé Crenshaw (1991) nos permite comprender las múltiples subordinaciones que experimentan muchos/as sujetos/as, especialmente aquellos/as con los/as cuales construimos nuestra intervención, las personas con discapacidad en proceso de hemodiálisis. Este enfoque visibiliza cómo los sistemas de poder basados en la normalidad, el capacitismo, la corporalidad y la dependencia se apoyan mutuamente para producir exclusión, opresión y subordinación en unos/as, y poder y privilegio en otros/as. Traer a debate esta categoría resulta importante, ya que, según los aportes de Judith Butler (2009), los discursos sociales habitan también los cuerpos y producen representaciones, formas de mirar (se) y pensar (se).

Crenshaw refiere a la idea de interseccionalidad en sus escritos, basada en las diferentes luchas feministas que impulsaban esta temática, afirmando que existían sistemas de opresión múltiples y simultáneos que generan discriminación. Su propuesta teórica hizo que se reconociera la teoría de la interseccionalidad, introduciendo el concepto en una conferencia mundial contra el racismo expuesta en Sudáfrica en 2001, donde afirmó que las categorías de raza y género se interseccionaban e influían de manera diferenciada en la vida de las personas. Es decir, que no eran únicamente una suma de desigualdades, sino que cada factor de discriminación interrelacionado interactuaba de manera diferente en cada situación personal o grupo colectivo, causando distintos efectos de discriminación a hombres negros, blancos o burgueses o a mujeres negras, blancas o burguesas. Además, se refirió a desigualdades tales como las clases sociales y la inmigración como categorías que afectan directamente a las situaciones experimentadas por mujeres.

La categoría de interseccionalidad nos posibilita leer las múltiples formas de discriminación que se les presentan a las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, lo cual se manifiesta en límites y obstáculos en su cotidianidad para su reproducción cotidiana. Estas formas de vivir la discriminación y los obstáculos en base a lo anterior, son particulares y no son homogéneas. La realidad de cada sujeto/a es particular y única. Las formas de opresión de los sistemas de poder y dominación como el sistema de salud, el género, la clase social y la normatividad de los cuerpos toma una forma particular de manifestarse y obstaculizar a estos/as sujetos/as en su día a día. Traer esta categoría a este trabajo final de grado nos permite seguir comprendiendo al/la sujeto/a como víctima de múltiples estructuras de poder (capitalismo, patriarcado, heteronormatividad, capacitismo,



etc.), que se encarnan en la vida de cada individuo/a y se manifiestan de manera diferente unas con otras.

Sujeto/a en tratamiento de hemodiálisis: construyendo la intervención

En este apartado se busca describir y analizar al/la sujeto/a con el/la cual construimos la intervención en base al instrumento aplicado y mencionado en el capítulo anterior. Los resultados fueron tabulados para conocer, caracterizar y situar a cada sujeto/a con el/la cual estábamos interviniendo.

En primer lugar, los/as sujetos/as con los/as cuales construimos la intervención cuentan con un nivel instrumental intermedio, ya que el 50% de ellos/as ha logrado ingresar, permanecer y egresar del nivel secundario, otorgándoles herramientas que les permiten producir estrategias para una construcción de la cotidianidad deseada, ya que el saber aprehendido es un recurso empírico importante para entender las complejidades del tratamiento médico que están transitando, como así también los obstáculos que la sociedad constituye para las personas con discapacidad.

De esta población en tratamiento de hemodiálisis, un 17% no ha logrado finalizar el primario y un 33% logró ingresar a la educación terciaria/universitaria, sin poder sostenerla. El historiador Roger Gal (1968) afirma que solo en los períodos de crisis profunda del sistema económico-productivo buscamos una respuesta en la educación, tomando cada vez más conciencia del importante papel que ésta tiene y, sobre todo, del que podría llegar a tener en la vida del individuo/a y de la sociedad si realmente la utilizáramos. Debemos identificar, comprender y trabajar sobre aquellos determinantes sociales, económicos y culturales, por nombrar solo algunos de ellos, que interfieren en la deserción escolar.

Aquí resulta importante complejizar los datos recuperados con anterioridad, debido que, desde una perspectiva crítica sobre el sistema estructural de poder sobre la cual se asienta nuestra sociedad, es decir el capitalismo, la educación juega un papel importante, ya que se argumenta que el capitalismo podría tener un interés particular en mantener ciertas clases sociales, como las bajas, alejadas del acceso y permanencia de la educación. Esto se atribuye a la intención de mantener y perpetuar las estructuras de poder existentes.

En el campo de la sociología y la teoría crítica, autores como Pierre Bourdieu y Michel Foucault han explorado las desigualdades educativas y las estructuras de poder en relación con



el sistema capitalista. Bourdieu sostiene que el sistema educativo refuerza y reproduce las desigualdades sociales existentes. Las clases más privilegiadas tienen un mayor acceso a recursos económicos, culturales y sociales, lo que les otorga ventajas educativas. Foucault, por su parte, argumenta que el conocimiento y el poder están estrechamente vinculados, y que el sistema educativo reproduce y legitima las estructuras de poder existentes, como, por ejemplo, la certificación por medio de títulos del saber, excluyendo a todas aquellas personas y poblaciones con saberes populares, indígenas y campesinos al catalogarlos como sin valor y legitimidad.

Es importante destacar que el análisis de las desigualdades educativas y su relación con el sistema capitalista no implican necesariamente que el sistema tenga como objetivo principal evitar que los sectores socio-económicos bajos accedan a la educación. Las desigualdades educativas son el resultado de una compleja interacción de factores económicos, sociales y culturales, y no pueden atribuirse únicamente a una intención consciente del sistema capitalista para mantener el poder. No obstante, algunos/as argumentan que el sistema capitalista podría beneficiarse al mantener una brecha educativa entre las clases sociales, limitando así el acceso de ciertos grupos a recursos y oportunidades, perpetuando las desigualdades existentes y consolidando sus estructuras de poder.

En conclusión, el análisis de las desigualdades educativas y el poder en relación con el sistema capitalista requiere un enfoque crítico y multidimensional. Si bien existen diversas perspectivas teóricas, es fundamental considerar los complejos factores económicos, sociales y culturales que influyen en las desigualdades educativas y explorar formas de abordarlas desde una perspectiva más equitativa e inclusiva.

Bourdieu y Passeron (1970) también examinan cómo las instituciones educativas, a través de sus normas, burocracias y valores culturales, refuerzan y legitiman las desigualdades existentes, indicando que estas instituciones imponen un conjunto de normas y criterios de evaluación que favorecen a las clases dominantes, lo que contribuye a la reproducción de las desigualdades sociales.

En la actualidad, la permanencia en la educación secundaria y universitaria para muchos/as estudiantes de sectores socio-económicamente bajos resulta insostenible, debido a que no pueden costear los gastos relacionados con la educación, como matrículas, libros y transporte. Además, la necesidad de trabajar para mantenerse a sí mismos o ayudar a sus



familias puede interferir con el tiempo y la energía que dedican a la educación. Es importante considerar que, para los sectores sociales con más derechos vulnerados, la educación no es una posibilidad, debido que deben utilizar el tiempo en el que están en las aulas o invierten para estudiar en trabajar o conseguir la manera de acceder a sus necesidades básicas.

Es primordial destacar que estos motivos de deserción escolar en los sectores socio-económicos bajos se ven agravados por la falta de políticas públicas efectivas que aborden las necesidades específicas de estos estudiantes, como así también las de sus familias, las cuales muchas veces juegan un papel importante en el sostenimiento de las trayectorias escolares. La implementación de programas educativos que aborden las barreras sociales y económicas, así como el compromiso del Estado para apoyar a las familias con más derechos vulnerables, pueden desempeñar un papel fundamental en la reducción de la deserción escolar en los sectores socio-económicamente bajos.

Continuando con el escrito, otro de los datos obtenidos en la tabulación realizada con la información proporcionada por los/as sujetos/as es la distancia geográfica entre los lugares de residencia de los/as sujetos/as y el acceso al Hospital Córdoba, tornándose un obstáculo en cuanto a la accesibilidad. Las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis están ubicadas en un 17% a más de 20 cuadras del Hospital Córdoba, mientras que un 83% está a más de 40 cuadras del nosocomio.

La accesibilidad geográfica es un factor condicionante de la calidad de vida debido a las diferencias existentes en la posibilidad/oportunidad de la población para acceder a los servicios de salud. Esta última es una dimensión de la calidad de vida definida como una construcción social, que depende de valores, pautas culturales y del contexto socio territorial de los/as individuos/as, y que se distribuye de manera dispar en el territorio.

Como hemos desarrollado en nuestro marco teórico, el sistema de salud constituye la forma en que se organizan los recursos de salud de un país. Los servicios de salud varían en volumen y cualidades a lo largo del tiempo y pueden ser privados o públicos, siendo estos últimos considerados servicios colectivos. Como sostienen Moreno y Escolano (1992), estos son organizados y gestionados colectivamente y consumidos vía mecanismos no comerciales o, al menos, financiados parcialmente por los organismos públicos. Sin embargo, los fenómenos sociales no se distribuyen de forma homogénea en el espacio geográfico (Buzai, 2007) y, por lo tanto, se puede afirmar que existe desigualdad en el acceso geográfico a la salud



debido a la localización de las instalaciones, mayormente ubicada en grandes centros urbanos, lo que resulta inaccesible tanto para las personas de zonas alejadas a los centros urbanos (barrios) como para zonas rurales. A esta distancia se le denomina inaccesibilidad geográfica (Salado García, 2004).

Cuando hablamos de accesibilidad geográfica, nos referimos a las condiciones que deben darse para que esta sea posible y accesible para todos/as, como la existencia, aparición y localización específica del servicio; conectividad en red de circulación que permite su conexión a los puntos de demanda; disponibilidad en cuanto a la posibilidad de absorber la demanda; adecuación a la oferta cumple con las expectativas de la demanda y capacidad económica en medios de demanda para llegar al servicio.

Por último, en esta primera aproximación al/la sujeto/a con el/la cual construimos la intervención, identificamos que un 17% de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis cuentan con cobertura de salud privada, mientras que otro 83% accede a la salud por su carácter público y gratuito. Que un 17% de las personas tengan una cobertura de salud privada y accedan a realizar su tratamiento de hemodiálisis en un hospital público se debe a varios motivos: por un lado, que las personas en tratamiento de hemodiálisis, en un primer momento, acceden sin una obra social a realizar su tratamiento en el hospital público, pero a lo largo de su trayectoria de vida su situación económica en relación al mercado cambia, colocándolas dentro del mercado formal de trabajo, lo cual lleva a que tengan acceso a una cobertura de salud privada. Por otro lado, esto también puede deberse a la Ley 26.529, la cual hace mención a los derechos del paciente, en la cual se prioriza la atención de su salud en cualquier hospital público del territorio argentino, tenga o no obra social, como así también sus deseos. Toda persona tiene derecho a ser asistida por médicos/as. Sólo pueden dejar de atenderlo cuando se haya hecho cargo otro/a médico/a o personal competente, de lo contrario, tienen derecho a ser asistido. Es decir, si la persona quiere realizar su tratamiento en una institución de salud pública porque le parece la institución con más herramientas para su necesidad, tiene el derecho a ser tratado.

Continuando con el escrito, resulta importante destacar que la sanidad pública y privada son dos esquemas diferentes para el goce del derecho de las personas a la salud. Tener la posibilidad de disfrutar de una vida lo más saludable posible y contar con atención son los propósitos de la sanidad, en su definición más elemental. Cada país organiza su atención



sanitaria en función de su crecimiento económico y las políticas que emprenda para garantizar este derecho.

La actuación de los sistemas de salud pública, además de garantizar el acceso a la salud primaria y especializada, también garantiza elementos que son quizás menos visibles para la ciudadanía, pero también relevantes para su salud, como pueden ser la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, otros ámbitos de la salud pública o la investigación e innovación sanitaria. La salud pública garantiza una cobertura universal para que todas las personas puedan acceder, sin discriminación, a una atención sanitaria buena y de calidad, a la vez que se asegura que el uso de los servicios sanitarios no expone a las personas a dificultades financieras añadidas, y en particular a los grupos con derechos sociales y económicos vulnerados, como las personas con discapacidad.

Que un gran porcentaje de personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis pueda ejercer su derecho a la salud por medio de instituciones de salud pública habla de la importancia del carácter gratuito en la atención y acceso, ya que en una sociedad capitalista en la cual el derecho a la salud está mercantilizada mediante la atención privada u obras sociales, la asistencia sanitaria sin repagos contribuye positivamente en el despliegue de una cobertura universal de salud para todos/as. Cabe resaltar que la introducción de formas de repago (salud privada) ha mostrado ser un obstáculo y una mercantilización de los derechos de las personas, ya que en vez de apuntar al bien social y la construcción de una salud colectiva y para todos/as, entendiendo que la salud se encuentra determinada por múltiples factores, solo busca una finalidad económica: seguir alimentando un sistema económico destructivo como el capitalismo.

Persona con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis

El/la sujeto/a con el/la que construimos nuestra intervención se encuentra en una institución de salud pública y está atravesado/a por las miradas y estructuras que predominan del campo de la salud. Es una persona con discapacidad que, describiéndolo desde un lado biomédico, está recibiendo tratamiento de hemodiálisis tres veces por semana, con una duración de tres a cinco horas por sesión. Para llevar a cabo el tratamiento, se requiere la colocación de una fístula arteriovenosa. La técnica tiene la particularidad de ser paliativa y no ejercer cura sobre el funcionamiento renal, entonces de ahí la importancia de cumplir con el tratamiento estipulado.



Lo mencionado con anterioridad es importante porque muchos de los obstáculos cotidianos de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis están ligados a los efectos secundarios que genera el tratamiento en una sociedad que funciona bajo los parámetros de productividad/improductividad. Asimismo, las intervenciones médicas que se realizan en el cuerpo de cada sujeto/a impactan de manera negativa en la mirada que la sociedad ejerce sobre ellos/as, debido a la construcción social de la corporalidad obligatoria y cuerpo normativo.

Estos/as sujetos/as están atravesados por múltiples estructuras de discriminación y poder que se manifiesta de diferentes maneras en cada uno/a de ellos/as. Para analizar más a fondo este tema, recuperaremos las voces de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, ya que nuestro objetivo en esta producción escrita es también poder recuperar sus voces y visibilizar a estas personas en la institución hospitalaria en la sociedad.

Para conocer las voces, realidades y particularidades de las personas con las cuales construimos la intervención, por medio de las entrevistas semiestructuradas realizadas, buscamos explorar cómo se interseccionan las diferentes estructuras de poder y discriminación en la sociedad sobre los/as sujetos/as. Esto nos permitió poder particularizar al/la sujeto/a y su construcción de vida cotidiana, comprendiendo sus diversas formas de subsistir en una sociedad que los/as excluye de la esfera económica, social y cultural debido a las secuelas que deja el tratamiento de hemodiálisis.

Continuando con el escrito y describiendo más al/la sujeto/a con el/la cual construimos la intervención, es importante mencionar que, en primer lugar, es una persona con discapacidad, y tener discapacidad en una sociedad que funciona bajo los parámetros de normalidad con bases fundadas en un ideal de cuerpo normativo-productivo, genera una fuerte discriminación en ellos/as, que termina segregándolos/as y limitándolos/as a la esfera privada (hogar) o a centros de rehabilitación para “normalizarlos/as”. De esta manera, la portación de una “deficiencia” -según la mirada biomédica- conduce a la encarnación de un cuerpo no legítimo al cual corresponderá -o no- una definición estatal del “cuerpo no legítimo-legitimado” por medio de certificaciones como el CUD, el cual re-acentúa la “discapacidad” de la persona. Esta idea de cuerpo legítimo “sano” se funda en el interior del sistema de producción capitalista. (Bourdieu, 1999)

Cuando indagábamos con los varones hetero cis sobre lo que para ellos representa la discapacidad, algunos afirmaban:



“Para mí la discapacidad es lo mismo que no poder hacer nada.” (EH6)

Mientras que para las mujeres con discapacidad y que maternan, la idea de discapacidad se ligaba a la necesidad de tener una persona de apoyo para llevar adelante tareas relacionadas al ámbito doméstico, pensándose la discapacidad como sinónimo de dependencia de un/una otro/a y como un obstáculo para concretar las tareas socialmente asignadas por ser mujer. Aquí resulta importante comprender cómo una misma representación se manifiesta y es interpretada de diferentes maneras según el género de la persona, el cual está condicionado por las estructuras de poder que delimitan qué debe hacer una mujer y un hombre, como así también cómo sentirse.

Para complejizar lo mencionado con anterioridad, nos resulta importante traer a este desarrollo el importante papel que juegan los mandatos sociales de género y cómo estos se reproducen. En primer lugar, es fundamental comprender que el género se constituye como el resultado de un proceso de construcción social mediante el cual se adjudican simbólicamente las expectativas y valores que cada cultura atribuye a hombres y mujeres. Fruto de este aprendizaje cultural del sistema machista-patriarcal, unos y otras exhiben los roles e identidades que le han asignado bajo la etiqueta de género. Al desempeñar tales roles, los/as individuos/as participan en el mundo social y al internalizarlos, cobra sentido para ellos/as socialmente (Berger y Luckmann, 2006). En base a lo anterior, decimos que los mandatos sociales de género son estereotipos impuestos, múltiples y variados, que determinan el comportamiento, causan malestar y tienen consecuencias desiguales para las mujeres en una estructura social patriarcal. Estos mandatos de género se reproducen de manera socio-histórica dificultando la creación de una verdadera autonomía para las mujeres e identidades subalternadas por el varón hetero cis blanco, complejizándose más cuando se trata de mujeres con discapacidad y madres.

Estos mandatos de género establecidos socialmente afectan de manera desigual a hombres y mujeres, ya que para las mujeres madres y con discapacidad, como lo es el caso que venimos analizando, estas estructuras sociales se internalizan y obligan a pensar su existencia desde lo doméstico y el cuidado. Mientras que, para los varones heteros cis, sus representaciones en torno a la discapacidad giran desde una mirada de improductividad, desde el lugar de “no poder hacer nada” si soy varón y tengo discapacidad en una sociedad capitalista y patriarcal.



En base a lo que se viene desarrollando, Goffman, considera que las personas con discapacidad desarrollan una identidad social “deteriorada”, que incorporando la mirada de los/as “normales”, los/as lleva a percibirse como “no plenamente humanos” (Goffman, 2001). Para Goffman, la concepción de “ser humano normal” estaría determinada por la mirada médica de la humanidad y la organización burocrática estatal. Bourdieu (1966) considera que estas estructuras sociales patriarcales que imponen y reproducen los mandatos sociales de género también son alimentadas por el Estado, dado que desde él aparecen formas de eficacia simbólicas que contribuyen a la producción y representación de los instrumentos de construcción de la realidad social.

Continuando con el escrito, la discapacidad en estos/as sujetos/as es comprendida desde la dependencia, y la autonomía ha sido un tema de mucha cuestión y problematización. Las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis consideran que la construcción de su autonomía es lo que más enfrentan en su cotidiano, ya que, por un lado, la sociedad los/as capacita a través de sus estructuras materiales y simbólicas, mientras que, por otro lado, el tratamiento de hemodiálisis limita su cotidianidad, debido a lo invasivo que puede llegar a ser.

“Por ahí no estoy bien y tengo que pedirle a una de mis hijas que me lave la ropa, que me haga algo, entonces es como que una no se siente cómoda. Yo nunca dependí de nadie, entonces eso me genera bastante impotencia.” (EH3)

La autonomía afecta de diferentes formas a los/as sujetos/as, teniendo un impacto más significativo en algunos/as que en otros/as. Sin embargo, hay que reconocer que la autonomía de una persona no sólo se limita al hecho de realizar actividades o relacionarse con los demás, sino que también engloba las capacidades de pensar y de decidir por uno/a mismo/a, es decir, tomar decisiones propias respetadas por los/as demás.

Fomentar la autonomía en todas sus dimensiones es un desafío constante para la sociedad, ya que implica promover la inclusión, la igualdad de oportunidades y el empoderamiento de todas las personas, independientemente de sus circunstancias individuales. Al valorar y apoyar la autonomía en todas sus facetas, contribuimos a construir una sociedad más justa, inclusiva y respetuosa con la diversidad humana.

El autor Michael Oliver (1996) define la autonomía como la capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar por sí misma. Oliver argumenta que la autonomía es un derecho fundamental de todas las personas, independientemente de su discapacidad. La autonomía es



uno de los nueve conceptos clave para entender la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y es una parte integral del modelo social de la discapacidad, ya que es vista como uno de los pilares que sustentan la Convención y que promueve que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos humanos y participar en igualdad de condiciones en la sociedad.

Oliver sostiene que las personas con discapacidad a menudo se ven privadas de su autonomía debido a las barreras sociales que les impiden participar plenamente en la sociedad. Estas barreras sociales pueden ser físicas, como barreras arquitectónicas o falta de transporte accesible. También pueden ser sociales, como estereotipos o prejuicios sobre las personas con discapacidad.

La autonomía les permite a las personas tomar sus propias decisiones sobre su vida, controlar su propio entorno y participar plenamente en la sociedad. Sin embargo, en este punto, es importante recordar que la autonomía no es una condición estática, sino que puede verse afectada por una variedad de factores, como la edad, la salud, el género y el estatus socioeconómico. Por lo tanto, es importante que las personas con discapacidad tengan acceso a los apoyos que necesitan para ejercer su autonomía y vivir una vida plena e independiente.

Durante las entrevistas realizadas, los hombres fueron quienes más problematizaban las limitaciones sociales en cuanto a la autonomía en su cotidianidad debido al sistema social, económico y cultural en el cual estamos insertos/as. Frente a esto, comprendemos cómo la discapacidad no es lo que les impide trabajar, estudiar o tener una vida social plena, sino un orden social que limita sus derechos en pos de la normalización requerida para la producción moderna. Para los hombres en hemodiálisis, la discapacidad es concebida, entonces, como una forma de discriminación: una construcción social que genera desventajas a una parte de la población con algún tipo de discapacidad, cuyas necesidades específicas no son contempladas, sino que son limitadas; reduciendo la discapacidad a lo improductivo, a la desigualdad, a la pobreza y marginación.

Por otro lado, para las mujeres con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, la autonomía no era un problema que se pensaba desde la esfera pública y en cómo la discapacidad influía en eso, al contrario, la autonomía se pensaba desde lo privado, debido a las construcciones sociales ligadas al género, en lo cual lo público históricamente ha estado vedado



para las mujeres, ligándolas al ámbito doméstica. La autonomía se pensaba desde la autosuficiencia en el cumplimiento del trabajo intra doméstico.

“Es más limitado lo que puedo hacer. Hago lo que puedo, algo de limpieza, algo de lavado, pero muy de vez en cuando, porque por ahí alguna de mis hijas me lava la ropa, y bueno, ha cambiado la vida, ha cambiado el rol que tenía en la casa.”, “Yo hace 2 años atrás me sentía bien, podía salir, andar, ir y venir, comprar, y ahora por ahí yo necesito algo y tengo que mandar a alguien a que vaya a comprar, no estoy como antes que necesitaba comprar algo e iba sola, así que sí me ha quitado ciertas cosas, cierta dependencia.” (EH3)

Es importante comprender la doble discriminación a la que se enfrentan las mujeres con discapacidad, la cual se fundamenta, por un lado, en los estereotipos negativos sobre las mujeres y, por otro, en los de las personas con discapacidad, combinándose estos estereotipos y potenciándose. Ello se traduce en que sean percibidas como enfermas, infantiles, dependientes, asexuadas o incompetentes. En consecuencia, las mujeres con discapacidad ven limitadas sus posibilidades de participación plena en la sociedad, lo que las sitúa en una posición de especial vulnerabilidad y exclusión.

Los diversos sistemas de opresión y exclusión se van entrelazando en la cotidianidad de las personas, expresándose de diversas maneras según el género, raza, clase social, etnia, etc. Las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis por el simple hecho de tener discapacidad y transitar una enfermedad renal crónica se ven limitadas en su cotidianidad, lo cual afecta no solo su reducción de deseos, actividades o disfrute de la vida, sino también sus maneras de generar estrategias de subsistencia en una sociedad en la cual las necesidades básicas materiales y simbólicas están mercantilizadas. La categorización de las personas discapacitadas, lejos de ser neutral, conduce a quienes la encarnan a encontrar obstruidas sus posibilidades reales de supervivencia: quedan por fuera del mercado de trabajo y excluidos en importantísima medida del acceso a la cotidianidad.

Siguiendo con el escrito, los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención han experimentado cambios en sus actividades cotidianas y han visto reducidos sus círculos sociales debido a su proceso de salud-enfermedad y al estigma que gira en torno a la discapacidad.



“Antes solía tener amigos con los cuales iba a tomar una cerveza después del trabajo. Ahora solo tengo a los de este grupo.” (EH5)

“Cuando andaba bien tenía miles de amigos, pero cuando uno quedó así, la familia quedó nomás. Mis amigos son dos o tres, contados con los dedos, los demás desaparecieron todos, y si lo ven a uno en la calle es como si no lo vieran. Como yo no veo bien, ando con el palito, me esquivan.” (EH6)

Esto se debe a la percepción estigmatizada asociada a la discapacidad, donde se asume que tener una enfermedad crónica y estar bajo un tratamiento estricto de salud, como la hemodiálisis, los/as convierte en anormales, operando fuertemente la ideología de la normalidad en sus círculos sociales. Este estigma hacia la discapacidad, puede generar un impacto emocional significativo en las personas con discapacidad, ya que pueden sentirse excluidos/as o marginados/as debido a la falta de aceptabilidad y problematización sobre el orden social de normal/anormal. La idea de discapacidad como sinónimo de anormalidad ha perpetuado esta estigmatización y ha limitado las oportunidades de socialización y participación de estas personas en la sociedad.

Es importante destacar que este tipo de estigmatización y violencia simbólica que atraviesan las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis no debería de ser y estar naturalizada. La discapacidad no debería ser vista como una desviación de la norma, sino como una parte natural de la diversidad humana. Promover una visión inclusiva y eliminar estigmas relacionados con la discapacidad es fundamental para garantizar que todas las personas, independientemente de su condición de salud, tengan igualdad de oportunidades y acceso a una vida social plena.

Asimismo, la construcción social y capital de cuerpo productivo-normativo y la ideología de la normalidad juegan un rol importante en la constitución de cotidianidad e identidad de cada sujeto/a, principalmente en las personas con las cuales construimos la intervención. El cuerpo es una construcción social, cuya configuración como hecho sociocultural ha sido estudiada por diversos/as autores/as propios/as de este campo de estudios, como Mccruer (2006). Algunos/as de ellos/as destacan el aspecto totalitario del modelo corporal hegemónico: "con respecto al cual todo desvío del orden físico se vuelve exclusión social" (Détrez, 2017, p. 159).



Esta corporalidad obligatoria que deben de cumplir los/as sujetos/as con discapacidad, se ve subordinada y atravesada por visiones biomédicas que colocan en una relación de desventaja a las personas con discapacidad, ya que la relación de verdad-saber-poder instalada por el conocimiento médico ha configurado y posicionado a los diversos cuerpos que salen de la norma como déficit, carencia y tragedia personal. Asimismo, la representación estigmatizada de su cuerpo y de lo que éste puede o no hacer, no solo ha tenido repercusiones en las prescripciones biopolíticas que nos rigen hoy, como el CUD, por ejemplo, sino que también impacta en las propias representaciones que tienen los/as sujetos/as que forman parte del campo de la salud, como las personas con discapacidad que necesitan de profesionales e instituciones de la salud para poder llevar adelante su tratamiento de hemodiálisis.

“Cuando tenía el catéter en el cuello me daba mucha vergüenza porque a mí me gusta mucho arreglarme y maquillarme, y tener esa antena era feo, entonces me ponía pañuelos.” (EHI).

En vinculación con dicho relato, tomamos los aportes de Barnes (1998), quien se refiere a la construcción del mito de la “perfección corporal” y el ideal de “cuerpo capacitado” como resultados de las fuerzas materiales y culturales que generan opresión sobre los cuerpos de las personas con discapacidad.

El cuerpo es un producto social, el primer instrumento a partir del cual las personas transmiten los mandatos culturales que garantizan la reproducción social. En la actualidad, pareciera que los cuerpos atraviesan una especie de mercantilización, debido que se busca incansablemente la imagen de cuerpo sano-bello, en la cual nadie quiere quedar afuera de los parámetros de normalidad corporal que establece la sociedad (Bustos García y Sieglin, 2010). Desde la publicidad y los medios, pero también desde el saber médico, se nos promete que si nos acercamos al cuerpo sano-bello, seremos más felices, más plenos, más “normales” Asimismo, se nos convence de que el acercamiento a tal ideal es el resultado de una decisión individual asociada al estilo de vida que elegimos llevar adelante y pareciera que el cuerpo de las personas con discapacidad, un cuerpo que sale de la norma, se debe a una pura y exclusiva decisión individual de la persona.

Este ideal de cuerpo sano-bello que se busca en la modernidad, busca escapar de aquellos cuerpos que presentan un “déficit”, una discapacidad, entendiendo como tal a una falla o falta corporal que los deje fuera del ideal de cuerpo legítimo que plantea Pierre Bourdieu



(1991) en sus escritos. Este ideal de cuerpo legítimo que plantea el autor es un cuerpo flexible, productivo, independiente y sin “fallas”. En otras palabras, nos referimos a la idea que plantea el orden social capitalista, capacitista y patriarcal, un cuerpo sano-normal, un cuerpo que reúna los requisitos corporales para ser dócil y útil en el sistema de trabajo capitalista. Mientras que, por otro lado, aquellos cuerpos que escapen a estas disposiciones formarán parte de los individuos a corregir (Foucault, 2007).

Siguiendo lo mencionado con anterioridad y recuperando el relato extraído de una de las entrevistas a las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, podemos observar y analizar cómo juegan un rol importante las diferentes representaciones de discapacidad en la vida de los/as sujetos/as que no cumplen con la norma normativa obligatoria de corporalidad, llevándolas a tapar “la anormalidad”.

“Con mi hermano, cuando le hicieron los pinchazos, él tuvo que ponerse una venda porque la gente lo miraba. Te das cuenta que lo miran y él va buscando la forma para que la otra persona no lo mire tanto. Tenés que estar escondiéndote.” (EH5)

Las traducciones en cuanto a cómo puede afectar la mirada del otro/a en la corporalidad de los/as sujetos/as se expresa en prohibiciones, incomodidades y auto miradas discapacitantes. Aquí, resulta importante decir que el cuerpo con discapacidad, desde el inicio de la modernidad, es abandonado a los dictámenes y prácticas de la ciencia médica. En el servicio de hemodiálisis, los/as sujetos/as que conforman este escenario son quienes padecen las miradas, prácticas y discursos de una corporalidad obligatoria que venía imponiéndose desde los inicios de la industrialización por la necesidad de mano de obra del entonces emergente sistema económico capitalista. Con la transición del capitalismo industrial al capitalismo de consumo, la corporalidad empezó a garantizar la eficacia productiva del cuerpo. Ahora, será la posesión de un cuerpo ajustado a cierto ideal estético lo que puede garantizar, ya no la supervivencia económica, sino el éxito social.

Continuando con el escrito, como hemos dicho anteriormente, las personas con las cuales construimos la intervención, además de estar atravesados/as por estructuras que limitan y condicionan su existencia, también están limitados/as por una visión de cuerpo productivo-normativo. Aquí resulta importante destacar que la discapacidad es el resultado del modo de dominación capitalista que “discapacita” a las personas al no ofrecer los medios para su integración social (Ferreira, 2008). Los/as “discapacitados/as” constituyen fuerza de trabajo no



productiva, y por ello son reducidos/as al rol de enfermos/as, constituyendo parte de aquel ejército de reserva descripto por Marx. Desde este esquema, lejos de ser un problema de tipo médico, la discapacidad es el resultado de la opresión social, por lo cual la experiencia de la discapacidad no puede ser comprendida sino es al interior del modo de producción capitalista. (Oliver, 1990)

“Me siento improductivo en el régimen actual porque no podés cumplir las reglas. Si las reglas fueran un poco más flexibles o con otras miradas, uno podría cumplir una tarea, pero cuando están diseñadas para cumplir ciertas horas y días ya dejás de ser productivo, entonces sí, en ese aspecto dejás de ser productivo”. (EH2)

Analizando el extracto de entrevista recuperado con anterioridad, la visión de productividad/improductividad impacta en la manera en cómo se concibe a la discapacidad y sus sujetos/as. El sistema de producción capitalista divide a sus sujetos/as en habilitados/as e inhabilitados/as, en términos corporales, para llevar adelante actividades laborales de cualquier índole. Las personas socialmente “habilitadas”, según el régimen capitalista, son aquellas con un cuerpo sano que presenta las características de ser flexible (Scribano, 2007), independiente y físicamente conservado (Loveau, 2007). Las personas con discapacidad, aquellas consideradas como “inhabilitadas” en el interior de esta división, devienen portadoras de un cuerpo socialmente descalificado y rechazable. Como derivación de la división sexual y social del trabajo, el cuerpo “discapacitado” se percibe como un cuerpo económicamente improductivo y asexuado.

Frente a esta división corporal y sexual del trabajo que impone el capitalismo, en el que las personas con discapacidad son las más afectadas, el Estado, como denominador de las identidades sociales legítimas, le otorga el poder a la medicina tradicional para reducir la discapacidad al diagnóstico de un déficit anclado en un organismo individual. La persona con discapacidad deviene un “pobre merecedor” tributario/a de asistencia médica y social (Almeida, 2009). Para ser merecedor de la asistencia que brinda el Estado, este/a debe ser evaluado/a, diagnosticado/a y certificado/a por un médico/a que reafirme su discapacidad.

Estas personas se sienten atravesadas y deshumanizadas cuando un médico/a re-afirma su discapacidad, ya que para la gestión del CUD un médico debe diagnosticar y ponerle un nombre a su discapacidad, mientras que, para la gestión de la Pensión No Contributiva por



Invalidez, deben solicitar un certificado médico oficial (CMO) que avale en porcentajes la discapacidad que cada uno/a de ellos/as tiene.

“En sí al papel que decía que tengo una discapacidad me costó muchísimo hacerlo, decidirme a que me dieran un papel que dijera eso.” (EH1)

Cabe resaltar que, para facilitar muchas gestiones dentro del sector de hemodiálisis, los/as sujetos/as cuentan con el CUD, el cual se tramita en la Junta Evaluadora del mismo nosocomio, como así también, deben realizar la tramitación de la Pensión por Invalidez de manera individual, contando con el asesoramiento del Servicio Social del Hospital Córdoba.

Siguiendo con el desarrollo, el Estado, como observador y garante de la reproducción del modo de producción capitalista, otorga el poder simbólico al modelo médico de la discapacidad, que a través de la ideología de la normalidad concreta dicha naturalización de los cuerpos normales-capacitados, ya que promueve la utilización del CUD como respuesta ante las desigualdades sociales, económicas y culturales que atraviesan estas personas, las cuales deben reafirmar su cuerpo discapacitado, estatal y médicamente certificado, obteniendo una certificación que se convierte en “una visa” (Venturiello, 2013) para la ilegitimidad social (Fassin, 2003). La anormalidad certificada, se convierte rápidamente en una invalidez para el mercado laboral, lo cual lleva, potencialmente, a su portador/a a consagrarse como un/una “pobre merecedor/a”, beneficiario/a de ciertas ayudas sociales -como una pensión, por ejemplo-.

Traeremos a debate la Pensión No Contributiva por Invalidez que reciben las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, la cual está por debajo de la línea de la pobreza y es temporal, porque se otorga únicamente en el momento en el cual el/la sujeto/a está realizando su proceso de diálisis, y se da de baja cuando ya está trasplantado/a. Tarde o temprano, los/as sujetos/as con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis sienten que se produce una familiarización de sus necesidades, ya que quedan excluidos/as del mercado laboral formal e informal y sus familiares son quienes garantizan los derechos para la subsistencia de estas personas.

“Para el que depende solamente de la pensión es muy difícil vivir, porque todo sale y no hay entrada. Nosotros apenas sobrevivimos con el sueldo de una pensión porque es muy limitado todo, no podemos comer frutas, ni verduras, ni leche, es apenas para algunas cosas básicas de la comida.” (EH3)



Complejizando en la Pensión No Contributiva por Invalidez, hay que indicar que esta surge en la década de los 90, cuando se comienza a manifestar la necesidad de protección social de las personas consideradas “inválidas” para formar parte de manera activa en el sistema productivo capitalista. Pautassi (2012) plantea que la pensión por invalidez es pensada desde un enfoque de derechos. Esta solución reducida y despojada de un sistema que abarque a estas personas, es la que se desplegó en América Latina, orientando a las políticas sociales, plasmándose a través de programas de carácter focalizado, y procurando la “protección social” de la población considerada como “improductiva” frente a una problemática determinada, sin considerarla como parte de una integralidad. Al mismo tiempo, en esta época, se llevaron adelante medidas de ajuste atravesadas fuertemente por una impronta neoliberal.

En la época de los 90, las políticas sociales ocuparon un lugar subsidiario de las políticas económicas. El rol de las políticas, como la Pensión No Contributiva por Invalidez, se centró en paliar los efectos que generaba la desigualdad capitalista, como así también la ausencia de políticas económicas que integraran a todos/as los/as sujetos/as que conforman la esfera social. En este marco surge la idea de “protección social”, la cual apuntaba a un escenario signado por el ajuste estructural y al achicamiento del Estado en ese momento.

Por consiguiente, las pensiones no contributivas destinadas a personas con discapacidad, como la que perciben cada mes algunas de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, se incluyen en los programas de protección social no contributivos destinados a personas con discapacidad, madres de siete hijos y personas “de edad avanzada”. Estas pensiones se brindan a través del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y se otorgan tras acreditar ciertas condicionalidades que, en el caso de la discapacidad, están asociadas al diagnóstico médico, lo cual acredita la situación de discapacidad que “impide” el retorno o el ingreso al mercado de trabajo.

La ley 24.241, sancionada el 23 de septiembre de 1993, es la que da origen al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. El Decreto 432/97 menciona que la persona que solicite la prestación debe cumplir con lo siguiente:

Encontrarse incapacitado en forma total y permanente, en el caso de pensión por invalidez. Se presume que la incapacidad es total cuando la invalidez produzca en la capacidad laboral una disminución del 76% o más. Este requisito se probará mediante certificación expedida por servicio médico de establecimientos sanitarios



oficiales, en el que deberá indicarse la clase y grado de incapacidad. Dicha certificación podrá ser revisada y /o actualizada toda vez que la autoridad de aplicación lo crea conveniente.

La norma establece restricciones al acceso, entre las que se destacan que los familiares obligados no estén en condiciones de brindar asistencia, que no se produzca el reingreso al mercado formal de trabajo, y que en el núcleo familiar no se cuente con más de dos miembros perceptores de pensiones. La reglamentación vigente podría ser temporalmente ubicada en la década del 90, en la que la matriz del riesgo operaba de forma hegemónica.

“Mis hermanos me dan plata a través del alquiler o mercadería. Y hay veces en las que yo retiro comida de un comedor allá, de lunes a viernes retiro la comida gracias a Dios. Cuando yo vengo acá me llevo la comida de acá y se come eso a veces. Hay veces en las que yo no gasto. Comemos lo que yo llevo de acá y lo que junto de allá -comedor comunitario- al medio día y eso es en lo que puedo yo ayudar.” (EH6)

En base a lo desarrollado con anterioridad, ponemos en tensión la idea de “protección social” sobre la cual se asientan las políticas sociales del Estado, como la Pensión No Contributiva por Invalidez que reciben los/as sujetos/as con los cuales construimos la intervención, debido a que, más que “protección”, la pensión es una ayuda. Esta prestación que perciben las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis no llega a cubrir las necesidades básicas para subsistir en su cotidianidad, ubicándolos/as por debajo de la línea de pobreza. Frente a esto, estamos hablando de un colectivo de personas que están excluidos del mercado, con intervenciones por parte del Estado que, en vez de colocarlos en una posición de derecho, los ubica en la pobreza y en el entramado de prácticas supervisadas por el campo de la salud y sus profesionales, con perspectivas biomédicas y rehabilitadoras.

Aquí, debemos preguntarnos si realmente el Estado como gestor de identidades y derechos, está en constante diálogo para inscribir a las personas con discapacidad en un sistema económico que despliegue estrategias para generar empleos para el campo de la discapacidad y no solo una mínima intervención como la “protección social” y un cupo laboral que siempre limita y reduce a las personas a un porcentaje, el cual está por debajo de la realidad.

La discapacidad y sus sujetos/as, como los del servicio de hemodiálisis, siguen estando atravesados no solo por la salud, sino también -como venimos mencionando-, por una visión de productividad ligada principalmente a lo corporal. Cuando describimos las condiciones para



acceder a la pensión no contributiva por invalidez, percibimos cómo se busca de manera constante familiarizar a la discapacidad, debido a que, en uno de sus requisitos se destaca que los/as familiares obligados/as no estén en condiciones de brindar asistencia. Entonces, ¿qué pasa si los/as familiares “obligados/as” o “a cargo” no cuentan con las condiciones de brindarle asistencia?, ¿No es su derecho percibir la intervención del Estado que no solo le permite acceder a una “protección” social, sino también a una autonomía deseada?

Asimismo, otro de los requisitos para acceder a la pensión no contributiva es “que no se produzca el reingreso al mercado formal de trabajo”, reubicando a la discapacidad en la zona improductiva y obligándola a permanecer en ese sector. Las personas con discapacidad, principalmente las que están bajo tratamiento de salud, requieren de más ingresos económicos y de la “protección” que brinda el Estado, debido a la mercantilización inflacionada de los fármacos necesarios para su subsistencia, como así también las dietas estrictas que deben cumplirse para complementar el tratamiento.

“Todo está muy caro, el dinero no alcanza, y si uno no trabaja es muy complicado vivir. Si bien hay una ayuda, la pensión, creo que medio mes o un poquito menos dura ese dinero.” (EH3)

Recuperamos sólo algunas de las tantas características de las personas con discapacidad y sus necesidades mercantilizadas en un sistema que busca posicionarlas bajo su poder y dependencia. Por consiguiente, lo mencionado con anterioridad, reafirma la necesidad de repensar cómo y desde dónde se piensa la discapacidad en los organismos encargados de planificar y desplegar políticas públicas que más que “incluir”, excluyen a sus destinatarios/as.

Castell (2004) plantea que hay quienes se benefician con esta individualización existente en la actualidad, pero también hay quienes quedan invalidados frente al nuevo escenario, al no contar con capital económico, cultural y social -en términos de Bourdieu-, que les permita afrontar estas nuevas exigencias. La desarticulación de los sistemas colectivos conlleva a este segundo grupo a situaciones de inseguridad social.

“Nosotros somos indigentes prácticamente, no tenemos una casa bien puesta por el estilo, tenemos apenas los servicios básicos para vivir. Más allá de que dan y hay políticos que dan ciertas cosas, nada alcanza, en este momento yo creo que hay gente que apenas sobrevive.” (EH3)



En una sociedad que funciona bajo lógicas de poder que busca beneficiar a unos/as pocos/as y dominar a otros/as, mirar a los/as sujetos/as desde un enfoque de derecho es el primer paso para integrar a los llamados “sectores excluidos”, en el cual entra la discapacidad y sus sujetos/as. Legitimar a las personas con discapacidad como titulares de derechos que realmente se adecuen a su realidad obliga al Estado a mirar a estos colectivos desde otro lugar. Al introducir este concepto, se intenta modificar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida sean sujetos/as con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas, y no personas con necesidades objeto de asistencia. En este sentido, los derechos demandan obligaciones, y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlas exigibles y darles cumplimiento. Abramovich (2006) afirma que el enfoque de derechos parte de la idea de que las situaciones de pobreza determinan que haya privación de algunas libertades básicas, como, por ejemplo, la de evitar el hambre, la enfermedad y el analfabetismo, y que dicha pobreza depende de diferentes aspectos económicos, culturales, sociales, legales y políticos. Sin embargo, especifica que ciertas prácticas culturales y marcos político-jurídicos propician la discriminación contra ciertos individuos/as o grupos, generando mecanismos de exclusión social que causan o contribuyen a causar pobreza.

Sujeto/a de derecho: una comprensión no reduccionista

Continuando con el desarrollo, hemos escuchado en nuestro andar por los pasillos de la facultad y en el lenguaje profesional en el Servicio Social del Hospital Córdoba, que la categoría “sujeto/a de derecho” es una de las más presentes al describir o definir al/la sujeto/a con el/la cual se interviene. Cuando sentimos nombrar esta categoría, parece que estamos tratando de generar una igualdad ante una sociedad que diferencia, y pareciera que las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis deben ser incluidas en “lo mismo”, en la mismidad. En el área de hemodiálisis, hemos notado cómo esta categoría está presente a la hora de trabajar desde la interdisciplinariedad con los/as sujetos/as, pero en esta labor por igualar derechos, la otra persona es tratada como igual y negada en tanto otro/a, ya que, desde la propia experiencia de los/as sujetos/as, en la interacción con este/a otro/a:

“Se pierde el buen trato, la empatía, el diálogo.” (EH1)

Cuando nos referimos a la idea de sujeto/a de derecho, siguiendo los aportes de Abramovich (2006), hacemos referencia a que el Estado se ve obligado a otorgar poder a los sectores excluidos al reconocerlos/as y considerarlos/as ciudadanos/as, ya que, desde esta



lógica, no existen personas con necesidades a ser asistidas, sino sujetos/as con el derecho y la potestad a demandar determinadas prestaciones, debido a que tienen “derechos”.

Teniendo en cuenta nuestra intervención en el Servicio de Hemodiálisis, podemos decir que, desde la fuerte mirada médico-hegemónica que ejercitan muchos/as profesionales del área de salud en dicho espacio, se coloca al/la sujeto/a en un lugar de pasividad, de carencia, en el cual este/a debe “amoldarse” al tratamiento y aceptar el diagnóstico médico, sin ser considerados los determinantes sociales que le atraviesan. Aquí, resulta problemática la forma en cómo desde el área de la salud se concibe al/la sujeto/a, ya que pareciera que el que tiene la capacidad de dar recursos y respuestas es el que tiene voz, mientras que quien recibe es quien no tiene voz, ni potencia. Esto se pudo observar en el relato de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, ya que manifestaban:

“Solo venimos a poner el brazo. Ni nos preguntan si comemos antes o no; o cómo nos sentimos.” (EH6)

Por consiguiente, creemos importante construir un posicionamiento grupal que comprenda a los/as sujetos/as con los/as cuales llevamos adelante la intervención como sujetos/as de derechos, sin caer en el reduccionismo que implica la palabra, ya que no todos los derechos se encuentran social y legalmente legitimados. En nuestra práctica de intervención pre-profesional, buscamos que todas las voces sean visibilizadas y validadas, como así también sus experiencias. Por lo tanto, decidimos colocar infografías en los pasillos del Hospital Córdoba con la finalidad de visibilizar las voces y las primeras experiencias del tratamiento de hemodiálisis de los/as sujetos/as, debido a que ellos/as consideraban que acceder a información clara y desde un lugar de “humanidad” debe ser un derecho para cada sujeto/a que visite el hospital y reciba el diagnóstico de IRC, con necesidad de realizar el tratamiento de hemodiálisis.

Asimismo, siguiendo la línea expresada anteriormente, no todas las necesidades son interpretadas de igual manera, por lo cual, si no hay una problematización de esa necesidad, no hay reconocimiento de lucha por derechos. Debemos considerar que, en la actualidad, los derechos conquistados y correspondidos caen fácilmente en un lenguaje progresista que en el fondo descalifica al/la sujeto/a como otro/a, ya que, ¿qué pasa si el/la sujeto/a quiere otra cosa?, ¿qué pasa si la herramienta que materializa derechos no comprende las representaciones, necesidades y miradas de los/as sujetos/as, como lo es el CUD? Con esto no queremos decir



que todas las ideas o deseos de las personas vayan a cumplirse, sino que se reconozca al/la otro/a como una voz activa, como un/a sujeto/a con potencialidades y no solo como una voz deteriorada y pasiva, como una expresión fallida del otro/a. Como dice Arias (2017), se trata de pensar que hay un sentido “otro/a” que es diferente a mí, que no piensa ni siente como yo. Es otro/a. Si el/la otro/a es sólo víctima -del neoliberalismo, del patriarcado o incluso del colonialismo-, no hay nada que traducir y se debe dirigir la mirada y las acciones hacia los que infligen el daño, la vulneración o el no reconocimiento de los derechos, no seguir creando derechos que en el fondo caigan en dirigir la mirada al/la otro/a, vicitimizarlo/a y reducirlo/a a la mismidad.

Al respecto, Pautassi (2010) señala que el enfoque de derechos fija un marco conceptual para el desarrollo de políticas públicas que puedan considerarse compatibles con el ejercicio de derechos, desde el cual se conforma un marco teórico y operativo que involucra a los diferentes actores en el proceso de definición de políticas. Aquí resulta importante recuperar la voz, las experiencias, los deseos y las miradas de las personas que están en cuestión.

Concluyendo con el apartado, debemos poder escuchar, mirar, reconocer, traducir y pensar al/la otro/a como lo que es, como así también luchar contra los intereses agresores. Debemos comprender que, si la pelea se da en los términos del opresor, la solución también será en esos términos. Entonces, después de esta reflexión creemos importante comprender que la categoría sujeto/a de derecho adquiere sentido y genera la necesidad de una mirada integral con un trabajo por parte de los efectores desde lo interdisciplinar, interjurisdiccional e intersectorial.



Consideraciones finales

Considerando nuestro objeto de intervención, la visibilización de las limitaciones y obstáculos que poseen las personas con discapacidad que asisten a realizarse hemodiálisis al Hospital Córdoba en torno a la vida cotidiana, y teniendo en cuenta la teoría-práctica que constituye al trabajo social, consideramos fundamental analizar los diferentes aspectos que forman parte del proceso de intervención y que nos atravesaron tanto de manera personal como profesional.

En primer lugar, es fundamental reconocer que las personas con discapacidad que asisten a realizarse el tratamiento de hemodiálisis, producto de la IRC, sufren limitaciones y/u obstáculos en su vida cotidiana, ya que, por un lado, al asistir tres veces a la semana, cuatro horas por día en el hospital, se produce una reducción de tiempo de las personas en su día a día, como así también un deterioro tanto físico como emocional y de las condiciones de existencia. Por otro lado, no debemos de dejar de nombrar cómo las estructuras de poder, opresión y la ideología de la normalidad, como así también las de cuerpo productivo-normativo y de capacitismo juegan un rol importante en la construcción de las limitaciones y obstáculos que se les presentan a los/as sujetos/as. Estos ejes fundamentales que se han ido trabajando a lo largo de este escrito, resultan importantes porque atraviesan cotidianamente a los/as sujetos/as entrevistados/as.

Estos/as sujetos/as que atraviesan limitaciones en su vida cotidiana, se encuentran bajo un estricto tratamiento de salud, el cual se encuentra determinado por múltiples factores que influyen en el éxito de los tratamientos, desde el lado psicológico, emocional, como así también su lado social, económico, político y cultural. Es por ello que, mediante los relatos, pudimos identificar la importancia que poseen las redes de estas personas, brindándoles apoyo, compañía y asistencia, tanto material como también simbólica para que lleven adelante el tratamiento, como así también para afrontar las limitaciones y obstáculos cotidianos a los que se enfrentan en su cotidianidad estos/as sujetos/as.

Cuando nos referimos a la cotidianidad de las personas en tratamiento de hemodiálisis, hacemos alusión a la importancia del encuentro con el otro/a para desarrollar actividades intra-domésticas como así también extra-domésticas. Algunas de estas actividades son, la asistencia que brinda el/la otro/a para bañar, cambiar y preparar la ración alimentaria diaria del/la sujeto/a cuando este/a no se encuentra bien para hacerlo por sí mismo/a pos tratamiento. También, desde



las voces de los/as sujetos/as se identifica la importancia del apoyo simbólico y emocional que es brindado por las redes familiares y no familiares con las que cuentan para su reproducción social, como por ejemplo, salir con amigos/as y poder tener ese espacio con el/la otro/a que les permite expresarse desde otro lugar con respecto a cuánto pesa (o no) el tratamiento y la presión social -la idea de normalidad, productividad y cuerpo normativo- en sus vidas, etc. Estas redes son fundamentales a lo largo del tratamiento, ya que se constituyen en un recurso frente a los problemas materiales y simbólicos de las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis.

Continuando con el escrito, como se ha desarrollado con anterioridad, las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis se encuentran realizando su tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Córdoba. Este, al ser una institución pública de salud, permite la accesibilidad mayormente a sujetos/as con diversos derechos vulnerados, como el económico, social, habitacional, etc. Esto pudo ser corroborado a través del primer instrumento aplicado, el cual fue brindado por el Servicio Social de dicho nosocomio, permitiéndonos conocer las accesibilidades y condiciones de vida, alimentación, educación, cultura, etc., de cada persona en el servicio de hemodiálisis.

En relación al proceso de intervención llevado adelante en la institución mencionada anteriormente, consideramos fundamental preguntarnos ¿Cuál es la labor que desempeña la profesión de trabajo social en este campo? ¿Con qué podemos contribuir desde el trabajo social para que los/as sujetos/as obtengan la visibilidad que deben de tener? ¿Qué lugar debe tener el trabajo social en el abordaje de los procesos de promoción- prevención-salud-enfermedad-atención-cuidado?

Para responder a ello, consideramos importante indicar, en primer lugar, que el Servicio Social del Hospital Córdoba recibe principalmente situaciones que requieren de asistencia profesional para la gestión de recursos económicos y simbólicos, como el CUD, pensiones y espacios para abordar obstáculos simbólicos que estén atravesando las personas. A su vez, consideramos que las trabajadoras sociales de dicho nosocomio, se encuentran investidas de poder en su quehacer profesional, promoviendo el bienestar y la restitución de derechos vulnerados de los/as sujetos/as mediante tareas de investigación, prevención, recuperación, promoción, gestión y atención.



El trabajo social lleva adelante un rol fundamental en el pensamiento social crítico, y es por ello que consideramos esencial que se apliquen entrevistas en profundidad con los/as sujetos/as, ya que, mediante las mismas, se logran identificar las características particulares de cada persona, sus vivencias y dificultades, junto a las estrategias de subsistencia a las que recurre el grupo familiar. Es primordial entender y comprender el contexto en el que se encuentra inmerso cada sujeto/a, para intervenir, a partir de ello, de la manera adecuada en cada situación que se presenta, logrando recuperar sus voces. Aquí, queremos destacar que, como grupo, siempre buscamos brindarle a los/as sujetos/as un espacio cómodo, en el cual pudieran sentirse seguros de contar su historia, por lo que, desde un comienzo, les aseguramos que sus relatos iban a ser resguardados y utilizados únicamente con fines académicos, explicándoles la importancia de la elaboración de esta tesis y nuestros objetivos.

En ese sentido, hay que tener en cuenta lo fundamental que es poder pensar el trabajo interdisciplinario cuando intervenimos con los/as sujetos/as antes, durante y después de la entrevista, debido que esto nos permite que se reconozcan y valoren los conocimientos de cada disciplina y no se centralice el conocimiento solo en el las profesionales de la medicina cuando se interviene sobre las situaciones de salud de las personas en una institución de salud.

Siguiendo con lo mencionado anteriormente, reafirmamos que los/as sujetos/as deben ser pensados desde una integralidad, en donde se tengan en cuenta los diversos determinantes sociales que influyen en su vida cotidiana, como así también sus trayectorias de vida, el contexto en el que están inmersos/as, las redes primarias y secundarias, los recursos personales con los que cuentan (educación, trabajo, vivienda, etc.), y el lugar que ocupan en una sociedad que está atravesada por estructuras de poder y opresión.

En nuestra intervención el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Córdoba, se trabajó con las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis con las estrategias educativas, en primer lugar, con el fin de abordar los saberes y representaciones sociales de los/as sujeto/as en torno a las temáticas abordadas anteriormente -hemodiálisis, discapacidad, autonomía y corporalidad-, para así conocer la diversidad de vivencias y opiniones existentes mediante la voz de cada uno/a de ellos/as con respecto a cada temática. Asimismo, comprendemos que la experiencia de cada sujeto/a es única y diferente a la del otro/a; y, que las concepciones de cada sujeto/a acerca de las temáticas, se encuentran estrechamente arraigadas a su contexto y trayectoria de vida, ya que son sujetos/as socio-históricos/as, por lo que apelamos a la utilización de estrategias de consolidación de redes, buscando conocer las



particularidades de cada experiencia. En este punto, fue fundamental la existencia del diálogo, entendiendo que los/as sujetos/as son los/as protagonistas de este proceso, por lo que se necesitó hacer uso de la escucha activa, prestando suma atención a todo lo que tenían para decir y proponer, teniendo siempre como objetivo darle visibilización a sus voces y, a través de ellas, buscar el reconocimiento de las limitaciones y obstáculos a los cuales se enfrentan en su vida cotidiana.

Por otra parte, cabe indicar, que este proceso de práctica nos permitió un acercamiento a lo que implica la intervención profesional, siendo una experiencia que supone para nosotros un gran crecimiento, tanto a nivel personal como profesional, en donde debimos tomar decisiones con mayor autonomía, siendo los responsables de los resultados, sabiendo que podíamos tomar o no el camino correcto. En este punto, resultó fundamental apelar a la reflexión ética, la cual nos atravesó e interpeló a lo largo de nuestro proceso, ya que debió estar presente en cada accionar, permitiendo que las decisiones tomadas fueran pensadas, acudiendo al pensamiento reflexivo y comprendiendo que cada decisión incluía a otros/as sujetos/as, trayendo consecuencias en sus vidas. Heller (2002), indica que la reflexión ética está presente en todo momento, ya que de lo que se trata es de tomar la dimensión ética que atraviesa el ejercicio profesional en todas sus facetas y etapas. Se trata de que pueda ser abordada de forma que instale el cuidado de los/as otros/as y por la propia profesión.

Respecto a los objetivos planteados, siempre se buscó reconocer a los/as sujetos/as como personas con derechos y con una voz que debe ser visible. Esta mirada de sujeto/a que fuimos ejercitando, nos fue favoreciendo su participación a lo largo del proceso, comprendiendo a la persona con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis como un/una sujeto/a con potencia y con algo que decir. Esta postura resultó ser muy productiva a lo largo de la intervención construida, ya que los/as mismos/as sujetos/as reconocían el trabajo que realizábamos y mencionaban la necesidad de ser visibles en una sociedad e institución que solo los visibilizaba desde un lugar diferente al que desean ser posicionados. Este lugar de visibilidad que se les ha otorgado, según sus miradas, es el de la improductividad, incapacidad y pasividad.

A su vez, queremos destacar que se logró cumplir con cada uno de los objetivos propuestos, ya que contamos con la completa predisposición y colaboración de los/as sujetos/as en cada entrevista, respondiendo cada pregunta realizada y brindando la información necesaria, permitiéndonos comprenderlos. Por otro lado, queremos agradecer a los/as profesionales de la



institución, tanto del Servicio Social como del Servicio de Hemodiálisis, quienes nos brindaron su apoyo y ayuda a lo largo de la intervención, permitiéndonos aprender de ellos/as y su labor.

Como indica Lazarus (2000), son los significados que le damos a los acontecimientos de nuestras vidas los que nos hacen sentir las emociones. Por ello, a lo largo de la intervención, nos encontramos en una constante valoración, ya que vivimos en una amplia red de relaciones sociales que median en nuestras formas de sentir, pensar y actuar, siendo nuestras reglas sociales y costumbres factores influyentes en nuestro comportamiento social. En ese sentido, en la realización de las entrevistas y este trabajo, fue fundamental entender y revelar los sentimientos encontrados, identificando qué emociones nos atravesaban, siendo predominante la conmoción; conmoción al oír sus historias de vida, todo aquello a lo que se deben enfrentar y que no nos podíamos ni imaginar.

Recuperar las voces de los/as sujetos/as fue un reto, pero consideramos esencial que la práctica se centre en ellos/as, en los protagonistas de estas historias, ya que son ellos/as quienes ponen el cuerpo día a día, quienes se realizan a este tratamiento de salud-enfermedad que cambió su vida y que los atraviesa cotidianamente, modificando sus maneras de percibir el mundo y a ellos/as mismos/as. Esperamos que este trabajo logre el reconocimiento y la visibilización de esta realidad que se encuentra atravesada por múltiples estructuras, miradas e ideologías que no dialogan las necesidades, deseos y saberes de estas personas.

Como cierre final de esta tesis, queremos seguir nuestro objetivo de brindarle voz a las personas con discapacidad en tratamiento de hemodiálisis, por lo que invitamos a los/as lectores/as a que se sientan atravesados/as por este último mensaje por parte de los sujetos/as entrevistados/as, quienes buscan brindar una luz de esperanza a todas aquellas personas a las que se les ha diagnosticado IRC y deben ingresar a hemodiálisis. A partir de la pregunta “¿Qué le dirías a una persona que recién recibe el diagnóstico para ingresar a hemodiálisis y se siente como, quizás, vos te sentiste el primer día?”, las respuestas fueron las siguientes:

“Todo pasa. En el momento en el que te enteras sentís que se te desmorona el mundo, que se te cae la vida a pedazos, pero todo pasa, y todo se acomoda, después empezás de nuevo, ladrillo por ladrillo, te empezás a construir de nuevo, con otros cimientos, cambiando un montón de cosas, cambiando realidades como me pasó a mí, dejando de hacerme drama por tonteras, entendiendo la importancia de la vida, del aquí y del ahora. Te volvés a armar, volvés a poder, volvés a reírte, volvés a entender que la vida



tiene cosas hermosas. Volvés a encontrar otro sentido. Vos podés. Obviamente lleva tiempo, paciencia, mucho amor para uno mismo, desde uno mismo, para uno mismo. Lo primero es el amor propio, desde el venir, cuidarse y respetarse.” (EH1)

“Tenga esperanza, que va a mejorar mucho con el tratamiento. Tenga fe en los médicos, en las enfermeras y trate de poner todo de su parte hasta que pueda tener un implante nuevo o que pueda mejorar más. Es muy positivo el tratamiento, me siento mucho mejor, así que, con fe va a ir todo mejor. Deseo que tenga mucha esperanza.” (EH2)

“Hay que tener mucha fortaleza, tratar de no bajonearse ni pensar mucho en lo que estás pasando porque eso te lleva a deprimirte, porque uno siente que ya no es lo mismo, pero hay que ponerle fuerza todos los días, es el día a día. A veces uno se levanta y dice: ‘yo hoy no tengo ganas de venir’, pero tenés que sacar fuerzas y venir porque no te queda otra, sabes que si no se te complica o pasan cosas que uno no quiere sentir, así que yo creo que hay que tener muchas ganas, ponerle mucha fuerza. Cuando uno recién empieza se siente bastante difícil, son cuatro horas sentada en un sillón, pero hay que seguir, hay que ponerle fuerza e ir para adelante.” (EH3)

“Algunos por ahí vienen con un poco de miedo, pero no es algo del otro mundo, simplemente hay que cuidarse y estar tranquilo que acá la gente te ayuda mucho y te hacen pasar un buen rato, te hacen distraer de los problemas un poco cotidianos.” (EH4)

“Llénese de fuerzas, porque es una lucha larga y tiene que saber que esto te salva la vida, no sé si para siempre, porque la única salida que hay es el trasplante, pero esa persona de por sí es un gran luchador por estar acá. Tiene que asumir la enfermedad que tiene y eso cuesta. Cuesta porque por ahí interviene en las relaciones de pareja y trae problemas, pero si se saben sobrellevar, se hablan, se charlan y a seguir nomás, no queda otra.” (EH5)

“No es la cura, pero es una solución que tenemos. Tiene que estar tranquilo, acá somos un grupo unido, tiene que sentirse bien. Yo trato de darle aliento a las personas.” (EH6)



Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. CEPAL 88, pp. 35-50.
- Acevedo, P., Andrada, A., López, E. (2003), *La implicancia de la concepción de sujetos en la investigación y la intervención con jóvenes*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Angelino, A. (2014). “Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad”. National University of Entre Rios.
- Arias, A. (2017). *Instituciones, Intervención y encuentro con el otro*. Editorial EUEDEM.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2000) “La reforma del sector de salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”. *Revista Administración Pública y Sociedad* N° 13.
- Ase, I., y Buriyovich, J. (2010). Una nueva gestión pública en salud: de la búsqueda de la eficiencia a la garantía de los derechos. s/d: s/d.
- Aquín, N. (1996). La relación sujeto-objeto en trabajo social. En N. Aquín, *La especificidad del trabajo social y la formación profesional* (pág. 74). Buenos Aires: Espacio.
- Aquín, N. (2005). Reconceptualización: ¿un trabajo social alternativo o una alternativa al trabajo social? Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2219908>
- Almeida, M. (2009), “Exclusión y discapacidad: entre la redistribución y el reconocimiento”, en Angelino, Alfonsina y Ana Rosato [coords.], *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires: Noveduc.
- Almeida, M.; Angelino, A.; Kipen, E.; Lipschitz, A.; Marmet, M. & Zuttion, B. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad, en *Política y Sociedad*, 47(1), 27-44.
- Ávila-Agüero, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud Acta Médica Costarricense, vol. 51, núm. 2, pp. 71-73 Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica San José, Costa Rica



Barnes, C. (2009), “Un chiste malo: ¿rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita?”, en Brogna, Patricia [comp.], Visiones y revisiones de la discapacidad, México: Fondo de Cultura Económica.

Barnes, C. (1998), “Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental”, en Barton, Len [comp.], Discapacidad y sociedad, Madrid: Ediciones Morata.

Bernal Gómez, V. (2014). Estudios Pedagógicos. *Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: las aportaciones de las teorías feministas*. Vol. 40. N° 2. Universidad de Cádiz, España.

Berger, P. y Luckmann, T. (1967). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bourdieu, P. (s/d de s/d de 2000). afoiceemartelo.com. Recuperado de <http://afoiceemartelo.com.br/posfsa/Autores/Bourdieu,%20Pierre/Lo%20que%20significa%20hablar%20-%20Pierre%20Bourdieu.pdf>

Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (1970). *La Reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Editorial Laia/Barcelona.

Bourdieu, P. (2009). *El sentido práctico*. México, D.F.: Siglo XXI. (LIBRUNAM: GN468 B6818 2009).

Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (1998) *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México DF, Distribuciones Fontamara.

Bustos García, B. A. y Sieglin, V. (2010). “La construcción de la otredad a través del cuerpo: paradigmas de análisis en torno al cuerpo discapacitado”, en Brenda A., Bustos García, y M. L., Martínez Sánchez (comps.), *Cuerpo y discapacidad: perspectivas latinoamericanas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. p. 13-54.

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires, Paidós, Serie Género y Cultura.

Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública*. Salud Colectiva. Salud Pública Vol. 31 (supl 1).



Bregain, G. (2012). Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En Pantano L. (comp.): Discapacidad e investigación. Aportes desde la práctica. Buenos Aires: EDUCA.

Brito, A. (2002). “Los orígenes de la noción de sujetos de derecho”. Universidad Católica de Valparaíso. Academia Chilena de la Historia. Chile.

Buzai, G. D. (2007): Memorias XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica. Geofocus: Revista Internacional de Ciencia y Tecnología de la Información Geográfica, ISSN-e 1578-5157, N° 8, 2008

Castell, M. (1999), *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Vol.1 la sociedad red. Editorial Alianza, Madrid.

Carballeda, A. (2011). “Algunos cambios en la esfera de la familia. Una mirada desde la intervención en lo social” en Elias, M.F (comp) Nuevas formas familiares. Modelos, prácticas, registros. Págs. 159-172. Editorial Paidós. Buenos Aires

Carballeda, A. (2010). La intervención en lo social narrada desde los ateneos. Buenos Aires: Espacios.

Carballeda, A. (2012). La intervención en lo social/ exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. Estado y Sociedad. Recuperado de [https://www.margen.org/intervsoc/La%20Intervención%20en%20lo%20social,%20Alfredo%20Carballeda%20\[Pag%201%20-%202019\].pdf](https://www.margen.org/intervsoc/La%20Intervención%20en%20lo%20social,%20Alfredo%20Carballeda%20[Pag%201%20-%202019].pdf)

Carballeda, A. (2010). La intervención social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. En: trabajo social. UNAM VI Época - Número 1, diciembre

Cenacchi, M. (2018) Modelos discursos y perspectivas teóricas vigentes sobre discapacidad y deficiencia. Revista IRICE N° 35- 2018 pag. 65-94. Recuperado de: <http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/revistairice> -ISSN: 0327-392X

Cetrángolo, O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista de Economía Política de Buenos Aires, (13): 38.



Colom, D. (2010) El trabajo social Sanitario en el mercado de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Zerbitzuan (Internet). pp. 109-119. Disponible en <https://goo.gl/sfcbJK>

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas, 2006
<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Crenshaw, K. (1989). “Desmarginalizar la intersección de raza y sexo: una crítica desde el feminismo negro a la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y las políticas antirracistas” (trad. C. Ezpeleta) en COSTA y LERUSSI (comps.) *Feminismos Jurídicos: interpelaciones y debates* (pp. 43 – 68). UniAndes y Siglo del Hombre Ed., Bogotá, ed. 2021.

Dabas, E. (2001). *Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red*. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/file/201e>

Détrez, C. (2017). *La construcción social del cuerpo*. Universidad Nacional de Colombia, Rectoría, 2017

Di Tella, T. (2004). *Diccionario de ciencias sociales y política*. Edición 2. Universidad de California. Editorial Puntosur Editores, 1989

Díaz, R. (2011). *Discapacidad y Mirada Colonial. Reflexiones desde perspectivas feministas y descoloniales*. *Nómadas* no.52 Bogotá Jan./June 2020.

Derechos y Seguridad Humana. (2012). “*Los observatorios en derechos humanos. Un aporte a políticas públicas*”. *Revista Interferencia*. Vol. 1 N° 3. Pág. 53.

Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a las personas con discapacidad. Acuña, C. y Bulit Goñi, L. (comp): *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Versión Original en 2004, traducción al español en 2010, en *Traficantes de Sueños*. Madrid 2010.

Ferrandini, D. (2010) “Salud: opciones y paradigmas”. Mimeo.



Ferreira, S. (2014). Calidad de vida y trasplante de órganos. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Ferreira Vázquez, M. A. (2008). “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos”, en Revista Española de Investigaciones Sociológicas (reis), núm. 124, España: cis.

Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Revista Historia de la Educación Latinoamericana, núm. 10, 2008, pp. 57-72 Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia Boyacá, Colombia

Foucault, M. (1979). Nacimiento de la biopolítica, Bs. As., FCE, 2007.

Gal, R. (1968). Historia de la educación. Editorial Paidós. Colección de biblioteca contemporánea. V73. Buenos Aires.

Gaitán, P. (2016). Estrategias de intervención en trabajo social institucional. En: Compartiendo quince años del Programa “La universidad escucha las escuelas”. Perspectivas, debates y propuestas desde el trabajo social Institucional (2001-2016) Compilado por Gabriela Rotondi. - 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 2017.

Galak, E. (2010). El concepto cuerpo en Pierre Bourdieu: Un análisis de sus usos, sus límites y sus potencialidades [en línea]. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Gonzalez, C.; Nucci, N.; Soldevila, A.; Ortolanis, E.; Crosetto, R. (1999). Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos. (Mimeo). Pág. 1 a 10.

Goffman, E. (2001 [1963]). “Estigma e identidad social”. En Goffman, E. Estigma. La identidad deteriorada (pp. 11-56). Buenos Aires: Amarrortu.

Grassi, E. (1989). El control de la vida cotidiana. Editorial: HVMANITAS, Buenos Aires.

Hospital Córdoba. Funciones, historia y otras características. Disponible en: <http://hospitalcordoba.com.ar/>.



- Heller, A. (1987) Sociología de la vida cotidiana. Graficas Huopre, Barcelona.
- Heller, A. (2015). “Cotidianidad e individualidad: fundamentos para la conciencia ética y política del ser social”. Trabajo Social 17: 131-144. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Iamamoto, M. (2010). El trabajo social en tiempos del capital fetiche: capital financiero, trabajo y cuestionamiento sociales (4ª ed.). Sao Paulo: Cortés Editora.
- INCUCAI. (2015). La donación de órganos con la nueva ley. Buenos Aires: Incucaí.
- INCUCAI. (2015). Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina-Memoria 2014. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Jojoa, J.; Bravo, C.; Vallejo, C. (2016). Clasificación práctica de la enfermedad renal crónica. Revista Elsevier 25(3), Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737216300565>
- Kaminsky, G. (1994). *Dispositivos Institucionales*. Buenos Aires: Lugar.
- Kaminsky, G. (1990). Dispositivos institucionales, democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Lugar editorial. 2da edición. Buenos Aires.
- Laurell, C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.
- Leguizamón S., Nuñez Ramos, A. (2020). Sobre lo social y esta pandemia: Pensando desde los márgenes del trabajo social. Revista “Debate Público. Reflexión de trabajo social”. Recuperado de http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/17_Leguizamon.pdf
- Llanes, L. (2011). <http://scielo.sld.cu/>. Recuperado el 5 de septiembre de 2015, de Revista Cubana de Salud Pública: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000400013&script=sci_arttext
- Louveau, C. (2007): “El cuerpo deportivo, ¿un cuerpo rentable para todos?” en Lachaud, J.M. y Neveux, O.: Cuerpos dominados. Cuerpos en ruptura, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Mcruer, R. (2006). “Signos culturales de lo queer y la discapacidad”. Teoría crip. New York University. Kaótica Libros.



McRuer, R. (2020). “Capacidad corporal obligatoria y existencia discapacitada queer”. Papeles del Ceic 230: 1-12. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.21903>.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2001). El apoyo social [Folleto]. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_439.pdf

Moreno Jiménez, A.; Escolano Utrilla, S. (1992). Los servicios en el territorio. Número 19 de Espacio y Sociedades. Sede general. Editorial síntesis. Madrid.

Óliver, M. (1996). Comprender la discapacidad: de la teoría a la práctica. New York. Editorial: Martin’s Press.

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.), *Discapacidad y Sociedad* (pp. 34-59). Morata.

Omill, N. (2010). El sujeto en el trabajo social. Revista: Desde el Fondo N° 18. Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social. pp: 1-4.

Pautassi, L. (2013). “La igualdad en las políticas sociales. Retóricas presentes, obligaciones pendientes”, en Ciencias Sociales. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales, uba, núm. 84, septiembre, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Pabón Varela, Y.; Páez Hernández, K. S.; Rodríguez Daza, K. D.; Medina Atencia, C. E.; López Tavera, M; Salcedo Quintero, L. V. (2015). Calidad de vida del adulto con Insuficiencia Renal Crónica, una mirada bibliográfica. Revista Duazary. 12(2) 157-163 Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156300010.pdf>

Peralta et.al (2016). “Reflexiones sobre la dimensión ético-política de las prácticas profesionales desde los aportes de Enrique Dussel” en Parisi Alberto, Peralta María Inés (comp.) Córdoba, Argentina. Universidad Nacional de Córdoba.

Pino Morán, J. A. y Tiseyra, M. V. (2019). Encuentros entre la perspectiva decolonial y los estudios de la discapacidad. Revista Colombiana de Ciencias Sociales.10 (2), 497-521. Recuperado de: <https://doi.org/10.21501/22161201.2893>

Quintela, M. y Machado, C. (2003). “¿Qué es eso de la alternativa de la Complejidad?, Artículo, pág. 9 Rev. “La alternativa de la complejidad en tiempos de incertidumbre”, Edic. Ideas, Uruguay



REDI (2011) Red por los derechos de las personas con discapacidad. "El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad, como instrumento de participación social". Recuperado de:

<http://www.redi.org.ar/index.php?file=Documentos/Ponencias.html>

Repetto, F. (2009). Retos para la coordinación de la política social, los casos de la descentralización y de la intersectorialidad. Buenos Aires: Prometos.

Richmond, M. (1917). Diagnóstico social: Estudios en los aspectos sociales de la salud mental. Fundación Russell Sage.

Rozas Pagaza, M. (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. *O Social em Questão*, núm. 24, junio-diciembre, 2010, pp. 43-53. Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio De Janeiro, Brasil

Rosato, A. (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*. (39), Año XX. Universidad Nacional de Entre Ríos.

Trachitte, M. T. et. al (2008): Ética y trabajo social: la dimensión ética en la intervención profesional. *Sociedade em Debate, Pelotas*, 14(1): 47-79, jan.-jun./2008 65

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, Oscar, Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal. 2ª edición corregida y aumentada. Buenos Aires: La Ley.

Torres, E.; Soria, S.; Gandolfo, M. (2020) *Alteridad, desconcierto y hospitalidad: claves para re-pensar la intervención social en discapacidad*. Artículo publicado en *Revista Conciencia Social*, Vol. 4, N° 7. Córdoba, Argentina.

Salado García, M. (2004). "Localización de los equipos colectivos, accesibilidad y bienestar social": Editorial Ra-Ma. Madrid, España.

Scribano, A. (2007). "La sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones", en Scribano, Adrián [comp.], *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*, Córdoba: cea, unc, Jorge Sarmiento Editor.



Skliar, C. (2010). “De la razón jurídica hacia una ética peculiar. A propósito del Informe Mundial sobre el Derecho a la educación de personas con discapacidad”, en *Política y Sociedad*, vol. 47, núm. 1, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Villanueva, A. (2010). Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. *Revista Transporte y Territorio*, N° 2, Universidad de Buenos Aires, pp. 136-157.

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, ISSN-e 1018-8800, Vol. 28, N° 4, 2011, págs. 237-241. Perú.

Venturiello, M. P. (2017): “Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina”. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (2):149-169.

Vicentes-Centeno, M. y Campos-Vera, N. (2019). Determinantes sociales de la salud. *Salud Pública*. Vol. 5, núm. 4. Especial noviembre 2019, pp. 477-508. Educador.

Fuentes primarias:

- Instrumento de relevamiento del área de Servicio Social del Hospital Córdoba.
- Entrevistas realizadas a los/as sujetos/as que asisten a realizarse hemodiálisis.



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba