

CAPÍTULO 2

Los problemas de salud y el trabajo social. Introducción a una mirada compleja

Jimena S. Lafit

María Cecilia Nogueira

Laura E. Otero Zúcaro

Introducción

El presente capítulo centra su interés en la intervención del trabajo social en temáticas relacionadas con la salud ya que como profesionales nos desempeñamos en espacios laborales donde los procesos de salud/enfermedad/atención son transversales a los diversos abordajes.

Consideramos a la salud desde una perspectiva integral, como un campo tensionado por componentes históricos, culturales, sociales, económicos y políticos. Desde esta visión, la salud se asocia a la posibilidad y exigibilidad del ejercicio de los derechos.

A partir de lo anteriormente expuesto, nos proponemos reflexionar en torno al ejercicio profesional desde la perspectiva de la Salud Colectiva. A partir de situaciones particulares, profundizaremos en la reflexión de los espacios de intervención dentro de la dinámica salud-enfermedad-atención, los desafíos que enfrenta y las posibilidades y limitaciones del mismo.

Algunas aproximaciones a una mirada compleja

La intervención profesional de los trabajadores sociales consiste en *“la puesta en acto de un trabajo o acciones a partir de una demanda social (solicitud de intervención) en el marco de una especificidad profesional”* (Cazzaniga S:1.). Esta intervención en el campo de la salud se encuentra en relación directa con sujetos socio históricamente situados, es por eso que se hace imprescindible analizar las determinaciones sociales de la salud a la hora de comprender las condiciones de vida de la población.

Entendemos a estas determinaciones como:

“la existencia de procesos sociales complejos que modelan u subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas (...) La corriente Medicina Social/Salud Colectiva reconoce como procesos determinantes las formas y relaciones de producción, comercialización y consumo, así como las lógicas distributivas...” (López Arellano; 2013:145.)

Asimismo, las mediaciones conceptuales nos permiten analizar los procesos desde su inherente complejidad y superar una visión lineal de las situaciones problemáticas que se nos presentan cotidianamente.

Pensar la intervención en el campo de la salud debiera:

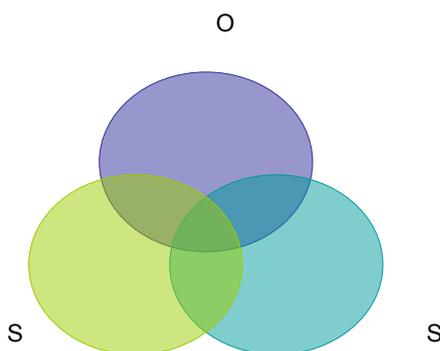
- Considerar los aportes de la perspectiva Salud Colectiva a los procesos de intervención profesional.
- Tener como horizonte de intervención la concreción de los Derechos Humanos de todos los sujetos en un sentido de progresividad y ampliación que permita el disfrute de una vida digna.
- Asumir una perspectiva histórico-social que nos permita considerar la determinación social de la salud y su expresión como determinantes sociales que inciden en los procesos de salud/enfermedad/atención.
- Pensar la salud como un campo⁶. Ello posibilita situarnos desde un espacio con sus interrelaciones, disputas simbólicas y luchas de poder por la consolidación de prácticas y representaciones en dicho campo.

⁶ Un campo puede definirse como una trama o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya disposición comanda el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo, y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, etc.) (Bourdieu,P)

A partir de considerar a la salud como compleja y multidimensional es necesario comprender diferentes niveles de análisis: partiendo desde la expresión singular donde se desarrollan los procesos de intervención profesional vinculándolos con los procesos sociales más amplios.

El acervo teórico metodológico, la posición ético-política y la dimensión instrumental-operativa del profesional, se encaminarán en dirección al desarrollo de estrategias de intervención⁷ en el ámbito de ocupación en cual el trabajador social se encuentre. En el caso del campo de la salud podemos referirnos al espacio de la promoción, prevención y asistencia a la salud/enfermedad en los tres niveles de atención, como así también en todas aquellas intervenciones que permitan desencadenar procesos de cambio y transformación de las condiciones de vida de las poblaciones.

Consideramos que en los procesos de salud/enfermedad/atención existen al menos tres aspectos interactivos que se involucran recíprocamente. Por un lado, una dimensión objetiva relacionada con las condiciones materiales de existencia de las poblaciones (acceso a una vivienda digna, alimentación suficiente y necesaria, trabajo decente, educación, acceso al disfrute de la cultura y a la recreación). En segundo lugar, una dimensión subjetiva que comprende los modos en que cada sujeto asume singularmente el proceso de salud enfermedad, en relación directa a cómo cada colectivo construye sus propias representaciones y prácticas de cómo vivir, enfermarse o morir. Y encontramos también una tercera dimensión fuertemente vinculada con las anteriores, la dimensión social. En esta línea de pensamiento acordamos con Weinstein L. para quien “La salud es un valor universal, es una realidad que motiva a la mayoría, que puede contribuir a generar condiciones de unidad para favorecer los cambios sociales” (Weinstein; 1998)



⁷ Recuperamos también el concepto de estrategia desarrollado por Oliva y Mallardi (2011) quienes entienden que el desarrollo de estrategias de intervención no está determinado únicamente por el posicionamiento del Trabajador Social, ni por la dirección política de la institución, ni por los usuarios, sino por una compleja y dinámica relación que está determinada por diversos recursos, mediados por una articulación que se condensa en el arsenal operativo en un momento histórico determinado

Los marcos normativos vigentes en relación al derecho a la salud promueven intervenciones intersectoriales, interinstitucionales e integrales teniendo como eje los Derechos Humanos. Desde esta perspectiva, es posible profundizar la articulación con diversos actores de la comunidad, organizaciones sociales y barriales, instituciones educativas, religiosas, de salud, justicia, que permitan el desarrollo de estrategias de intervención que profundicen y generen nuevas solidaridades.

Algunos aportes para situaciones particulares

Pensamos las posibilidades de intervención profesional desde la perspectiva de Salud Colectiva como herramienta de cambio, transformación y con un horizonte común con el campo disciplinar del Trabajo Social. La perspectiva de la determinación social de la salud y su expresión como determinantes sociales permite profundizar en el análisis y reflexión de los procesos de salud y enfermedad (Oliva, López Arellano; 2013) comprendiendo los modos de vivir, enfermar y morir de los colectivos. Como así también, encontrar en la indivisibilidad de los derechos la posibilidad de cambio real de las condiciones de vida.

A continuación presentaremos dos experiencias de intervención profesional realizando aproximaciones analíticas. Es importante consignar que hemos realizado un recorte de la mismas preservando algunos detalles a modo de ajustarnos a este apartado del capítulo.

Experiencia 1

Sumergirnos en reflexiones profundas sobre los objetivos y estrategias de intervención, tanto disciplinar como al interior de los equipos de salud, supone revisar, rectificar rumbos y localizar incoherencias en el tránsito desde una lógica manicomial (Schmuck y Serra; 2009) hacia una perspectiva de derechos. La ley Nacional de Salud Mental 26657 (2011) como instrumento legal y perfectible en consonancia con estándares internacionales, nos sitúa en nuevas coyunturas para repensar nuestras prácticas cotidianas.

Según la ley de salud mental la atención de salud de las personas con padecimiento mental (PPM) debe realizarse prioritariamente en el ámbito comunitario, ponderando las alternativas terapéuticas que menos restrinjan sus derechos en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a restituir y reforzar los lazos sociales.

En este sentido Identificamos ciertas tensiones al transitar los procesos de externación con base en lo comunitario. Las mismas se relacionan con aquellos determinantes sociales que subyacen a la conformación de los procesos de salud y enfermedad.

Gerardo tiene 40 años, con un diagnóstico de esquizofrenia. Durante un lapso de 10 años tuvo varias internaciones en un hospital de salud mental. Algunas de ellas fueron más prolongadas que otras. Los primeros años Gerardo se externaba en compañía de su madre (Julia), su padre había fallecido cuando él todavía era un niño. Tenía una hermana mayor (Clara) con quién tenía poca relación. La vivienda familiar era precaria y su madre se empleaba informalmente realizando tareas de limpieza. En una de sus internaciones su madre fallece por lo que en el transcurso de su internación el equipo de salud comienza a trabajar en el vínculo con su hermana que había formado una familia. En forma gradual y progresiva se produjo un acercamiento entre ambos.

Llegado el momento de posibilidad de externación el equipo evaluó el alta de Gerardo al cuidado de su hermana. Sucede de esa manera y Gerardo comienza a vivir con Clara y su familia (su pareja Martín y tres hijos Agustín de 5, Manuel de 8 y cándela de 11). También se realiza la derivación de su tratamiento a un centro de externación comunitario que consiste en asistencia psicológica y psiquiátrica y participación en actividades que allí se ofrecen.

El seguimiento del proceso de externación estuvo a cargo de un equipo compuesto por psiquiatras, psicólogos/as, trabajadoras sociales, enfermeras/os terapeuta ocupacional, talleristas de diferentes especialidades en conjunto con los referentes vinculares.

Podemos afirmar, que a grandes rasgos, los dispositivos de externación se plantean una atención integral con pilares tales como: la posibilidad de un ingreso económico suficiente con un conocimiento y organización del mismo, autonomía en cuestiones referidas al manejo del transporte público, de instituciones sociales; una adherencia al tratamiento farmacológico, cuestiones relacionadas a un reconocimiento y disfrute de la corporalidad (cuidado del propio cuerpo etc.) la posibilidad de canalizar intereses y deseos particulares en espacios de educación y capacitación; como también cuestiones relacionadas al disfrute de la cultura y la recreación. En suma, todas aquellas dimensiones que hacen a la apropiación de una vida cotidiana y a la configuración de la misma como espacio de expresión singular y fortalecimiento de los lazos sociales.

El equipo de salud comenzó a recuperar la historia de vida de Gerardo, situando las circunstancias que motivaron cada internación. Es importante identificar dichos procesos para poder evaluar otras alternativas y encontrar nuevos rumbos. En este sentido entendemos que cada persona padece de forma singular y el desafío consiste en encontrarnos siempre con sujetos y no con padecimientos.

En las entrevistas realizadas con Gerardo emergió lentamente su voz, expresando sus intereses e inquietudes, primero tímidamente como quién estaba acostumbrado a no ser escuchado. Luego comenzó a tomar fuerza e iniciativa a partir de encontrar un espacio donde ser alojado. De a poco esos intereses fueron dando lugar a proyectos.

En los procesos de externación se establece un vínculo entre el usuario y el equipo de salud donde comienzan a edificarse los soportes que darán sustento a su proyecto de vida. Emprender este camino es un arduo trabajo, ya que el manicomio como modalidad

hegemónica de atención en salud mental, (Mendoza; 2010) tiende a reforzar el sufrimiento humano. Cuando las personas transcurren por largos períodos en instituciones totales (Goffman; 1994), su singularidad y posibilidad de tomar decisiones aparecen restringidas.

La deconstrucción/deshabitación de las lógicas manicomiales implica un trabajo en conjunto, para resituar a ese sujeto cómo persona capaz de decidir sobre su vida, de evaluar alternativas; prever rumbos; construir proyectos y explorar sus capacidades con todos aquellos soportes necesarios para instrumentar sus elecciones. Constituye un gran desafío para el equipo restaurar y promover procesos de autonomía, empoderamiento y la fundamental posibilidad de elegir alternativas.

En el relato de Gerardo la situación habitacional y convivencial era de suma importancia. Como ya mencionamos compartía la vivienda con su hermana y la familia de la misma. En esta interrelación comenzaron a surgir conflictos y desacuerdos que generaban tensiones en el vínculo.

Partimos de entender que proveer cuidados a una PPM no es algo dado o posible de ser naturalizado al interior de las relaciones intrafamiliares. Dentro de las posibilidades que presenta cada situación se pueden generar aprendizajes que incluyan la expresión de miedos, inquietudes, sentimientos contradictorios como también las posibilidades materiales concretas en las que se encuentran las familias para proveer cuidados en situaciones de padecimientos crónicos. (Dos Santos Rosa; s.r). Esta es una situación compleja donde intervienen una infinidad de representaciones, prácticas, mitos, estigmas y prejuicios que son necesarios develar de- construir y construir con la familia dentro de las posibilidades existentes. Es necesario revisar permanentemente las conceptualizaciones explícitas e implícitas en el quehacer profesional en este sentido las nociones de “familia” o “contención familiar” que circulan en los abordajes en Salud Mental.

Por otro lado, las personas que llegan al sistema público de salud en búsqueda de atención encuentran, en su mayoría, serias dificultades para la reproducción de su vida cotidiana. Puesto que no tienen trabajo estable, por ende acceso a una seguridad social, alimentación suficiente, acceso a la educación básica etc. Encontramos trayectorias de vida signadas por situaciones de vulnerabilidad y precariedad.

En relación a la situación de Gerardo, se manifestó la idea de una vivienda como algo prioritario y la necesidad de obtener un empleo estable que le permitiera solventar sus gastos. Se iba gestando en él la posibilidad de independizarse y encontrar otro lugar donde vivir. El equipo analizaba alternativas viables como una pensión, el alquiler de una casa con otros compañeros del centro etc. También emergió con fuerza su interés por la pintura (hobby que desarrollaba con entusiasmo antes de su primera internación). Siguiendo esta pista sobre sus intereses comenzaba a emerger su deseo de retomar esta actividad y el equipo se abocó a su inclusión en un espacio donde pudiera desplegar su potencial.

El proceso de externación adquiere una dinámica de identificación, jerarquización, proyección y ejecución de alternativas concretas para sortear cada dificultad que se presenta.

Se inició este proceso anhelando que pudiera transformarse en un proyecto de vida autónomo. Estos corrimientos devienen de una necesidad de ruptura con la sujeción y ataduras que producen las lógicas manicomiales. Consideramos relevante distinguir autonomía de autovalimiento entendiendo:

“(…) por autonomía el trabajo de un sujeto por ampliar los horizontes de un posible proyecto personal, y por autovalimiento la disponibilidad de recursos materiales y simbólicos necesarios para sostenerlo en su existencia. Con esto queremos alejarnos de las concepciones que entienden a la rehabilitación como recuperación o adquisición de hábitos o destrezas propias de la vida social, para darles el lugar de recursos al servicio de algún sujeto que los requiera, en orden a un deseo que lo constituya como tal.” (Woronowski M, 2009)

La posibilidad de un proceso de externación asistido y sustentable implica una reciprocidad entre generar las condiciones para que surjan los deseos, intereses, capacidades subjetivas y también la capacidad de objetivar esas elecciones en alternativas viables y concretas. No se pueden pensar procesos de externación al margen de las posibilidades concretas de efectivizar derechos.

En esta línea de pensamiento Franco Rotelli (1994) aporta herramientas en torno a la noción de re-habilitar y de re-habilitación (emancipar) expresando:

“¿Qué significa rehabilitar? "Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlo. El derecho de ciudadanía es un derecho político, jurídico y social.”

Entonces: ¿Cómo pensar la salud si las condiciones de reproducción de los sujetos y colectivos con los que trabajamos encuentran dificultades al momento de objetivar sus derechos?

Desde esta *perspectiva*

“El desafío de concretizar derechos es apenas una expresión de la lucha contra la barbarie. Este desafío no es exclusivo de los trabajadores sociales, pero es un parámetro fundante, so pena de perder su legitimidad, el profesional del trabajo social está en el corazón mismo de la lucha por los derechos. Sin la defensa intransigente y firme del elenco siempre ampliado de los derechos humanos es impensable cualquier pretensión civilizatoria.” (Netto, 2009 pág 18)

Si entendemos la externación como un proceso complejo que implica a varios actores, momentos y niveles de análisis, la misma crea una trama particular, anudándose en función de las coordenadas de cada situación singular.

A partir del trabajo emprendido junto a Gerardo, los profesionales fueron entendiendo que sus intereses estaban centrados en mejorar su precaria condición de vida (preexistentes a su internación). El equipo se encontró con dificultades para resolverlas en el corto plazo. Entonces: ¿cómo construir estrategias desde los equipos que tengan un impacto sostenido en el tiempo? Cuando las respuestas tardan en llegar se pone en jaque la posibilidad de acompañar las crisis de las PPM evitando reinternaciones innecesarias.

De la dinámica que adquieren los procesos de externación se desprenden una serie de dificultades relacionadas con un conjunto de determinantes sociales institucionales y de políticas públicas. Estos condicionan la construcción de soportes para andamiar un proyecto de vida que logre sostenerse en el tiempo.

En este desarrollo nos propusimos acercar algunas premisas a modo de reflexión, en tanto el quehacer profesional, en su inherente complejidad, nos propone desafíos a cada paso apelando a nuestro ingenio, vitalidad o creatividad. El vivir, enfermar y morir se distribuye de manera diferenciada en nuestras sociedades según la clase social a la que se pertenece y constituye un desafío profesional desarrollar estrategias de intervención que puedan sostener un progresivo mejoramiento de la salud de las personas.

Experiencia 2

Ariel, de 45 años, concurre por primera vez a entrevistarse con el profesional de una institución que realizará su acompañamiento pos egreso tras permanecer cinco años detenido. En ese momento se confeccionó su expediente en donde se registraron sus datos personales y judiciales.

A partir de este encuentro los profesionales supieron que Ariel vivía junto a su madre (Ana) y su hijo de 11 años (Felipe). Pudo identificarse a su madre como a una mujer trabajadora a cargo del hogar en ausencia de Ariel, con un vínculo muy fuerte con él y con su nieto. Felipe, no se encontraba escolarizado, padecía retraso mental y tenía un tumor cerebral con prescripción de realizar una intervención quirúrgica.

Ariel padecía de diabetes tipo 1⁸. A un mes del egreso de la institución penitenciaria se encontraba sin la medicación que necesitaba con urgencia.

A partir de la ayuda de un amigo, consiguió un trabajo informal en un taller mecánico cercano a su barrio. Esta oportunidad fue muy valorada por Ariel ya que necesitaba estos ingresos para solventar los gastos familiares.

³http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

En la primera entrevista que el equipo sostuvo manifestó estar atravesando una situación de mucha ansiedad. Como primera preocupación se identificó el estado de salud de su hijo, a quien acompañaba en los diferentes tratamientos y consultas. En segunda instancia refirió la necesidad de contar con una vivienda propia o construir en el terreno de su madre y también comentó, casi como en último lugar la preocupación por su salud, que se deterioraba prontamente al no recibir la medicación adecuada.

El equipo profesional entendió la relevancia y la necesidad de trabajar de Ariel, pero era imposible dejar de lado el hecho de que era una tarea sumamente riesgosa, especialmente para una persona con diabetes. Las cicatrices en sus manos fueron prueba de ello. Las condiciones de higiene y seguridad en su trabajo eran muy precarias, y él se sentía en una posición en la que no podía rechazar ese ofrecimiento.

Fue necesario un arduo trabajo con Ariel para que él pudiera reconocerse como prioridad de la intervención profesional. Fue su padecimiento el camino a partir del cual intervenir. Reconocer que sin salud no existe la vida, que sin su presencia el futuro de otros estaría comprometido fueron afirmaciones que tardaron en hacerse propias en Ariel. Priorizar lo urgente fue una vía que recorrió con el equipo.

Como profesionales, se plantean desafíos en relación a las estrategias de intervención a adoptar, cómo elegirlas, cuáles son las más adecuadas y certeras en relación con las necesidades de las personas.

Existían dos caminos para elegir: se decidió recorrer los dos. Uno de ellos, institucional, que consistía en solicitar formalmente la historia clínica de Ariel a la institución en la cual había comenzado su tratamiento, que luego esta documentación fuera remitida a la profesional interviniente y partir de ello gestionar un programa específico (PRODIABA⁹). Pero también existían otras opciones: realizar la gestión directamente con los referentes del programa. Dos días después de este contacto, Ariel tuvo su entrevista con el médico referente en el efector de salud, la medicación estuvo disponible pocas horas más tarde.

Como equipo, se optó por construir una estrategia que respetara las urgentes necesidades de Ariel diferenciándolas de las demandas

“que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular (...) La demanda, entendida de esta manera exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado” (Cazzaniga Pag.1).

El trabajo en equipo es necesario para llevar adelante este desafío.

⁹ <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aps/files/2012/12/PRODIABA.pdf>

Existencia de posibilidades persistencia de desafíos

En esta construcción conjunta con otros saberes se nos presenta el reto de pensar estrategias de intervención que se ajusten a la singularidad de los sujetos y se orienten hacia el respeto a los derechos de cada persona. Se constituye en un duelo constante, ya que nunca se presenta el mismo juego y los acuerdos/desacuerdos, consensos/disensos, se negocian ante cada situación convocante. Es en esta dinámica inter-saberes, siempre distinta y singular, que se da la trama que conjuga los alcances y limitaciones de las apuestas estratégicas. En estas encrucijadas reconocemos en el trabajo con diversos actores de la comunidad, organizaciones sociales y barriales, instituciones educativas, religiosas, de salud, justicia, entre otras, una potencialidad a la hora de pensar estrategias de intervención. Todos aquellos recursos de salud que circulan en los ámbitos locales son capitalizados actuando en el fortalecimiento de los lazos sociales. Aquí nos encontramos con otro desafío: ¿Cómo desarrollar estrategias de intervención que integren los diferentes actores, saberes y prácticas en salud?

Consideramos oportuno reflexionar sobre el lugar históricamente asignado y asumido por los profesionales del trabajador social, situar sus intervenciones en el campo de la salud para resituar esa práctica orientándonos en un que-hacer que permita cuestionar las lógicas que fragmentan los procesos de salud –enfermedad y atención.

En términos de una perspectiva de salud integral, multidimensional y de observación de complejos procesos donde se conjugan una serie de determinantes de salud, una de las cuestiones que se nos presentan a diario en el encuentro con los sujetos y sus padeceres tiene que ver con la imposibilidad de elegir. Allí es donde las condiciones de reproducción cotidiana dificultan sino impiden la posibilidad de optar por lo cual los sujetos se ven inmersos en situaciones límites como las descritas anteriormente.

La intervención profesional desde una perspectiva de derechos permite enriquecer el quehacer profesional, superando límites y especificidades en función de lograr consensos y acuerdos con otros actores que actúen como soportes de los abordajes en el campo de la salud. Andamiar estos procesos en los equipos es un desafío siempre creativo y necesario.

La indagación y exploración de los múltiples determinantes inherentes a las problemáticas que se nos presentan en la intervención, configuran la consolidación de una postura teórica-metodológica, ético-política y operativa instrumental que posibilita la superación de una visión unilateral y simplificada de la realidad y nos permite identificar las mediaciones que vinculan esas expresiones singulares con los procesos sociales más generales.

Las estrategias de intervención que se ajustan a las situaciones singulares emergen a partir del propio relato de los sujetos. El vínculo que establecen los sujetos con los profesionales es el que posibilita y aloja el discurso. Las técnicas de entrevistas y observación buscarán recuperar la historia de vida de los sujetos.

“Esto significa recuperar con el "otro", los aspectos de sus condiciones de vida, su cotidiano, intentando comprender las significaciones que le otorga. No se trata de una interpretación psicológica, sino de la búsqueda de las referencias sociales, sus pertenencias, lo que aparece desde el sujeto como aspectos que le reafirman su identidad social.” (Cazzaniga 2001:12)

En este mismo sentido, el sujeto nunca puede estar por fuera de la estrategia del equipo, el mismo es el protagonista de las respuestas que puedan lograrse. Las estrategias participativas que contemplen, incluyan y respeten las perspectivas de las personas son las únicas posibles de ser sostenidas en el tiempo.

Conclusiones

Si bien existen en los últimos años un aumento de leyes que apuntan a la restitución de los derechos de los sectores con menores oportunidades también encontramos que en su instrumentación, muchos planes y programas amparados en las mismas no disponen de los recursos adecuados. Son necesarias políticas sociales que respalden con mayor urgencia las acciones promovidas en los abordajes interdisciplinarios interinstitucionales e intersectoriales. En este sentido en el armado de estrategias de los trabajadores sociales uno de los obstáculos fundamentales, consiste el acceso los recursos y en el tiempo que demoran las gestiones. Los tiempos estipulados en el trabajo asistencial se transforman en extemporáneos y ajenos a la respuesta que requieren las situaciones singulares.

Uno de los grandes desafíos de la intervención del trabajador social es capitalizar todas aquellas experiencias configuradas en al ámbito territorial recuperando los saberes de los sujetos y perspectivas que ellos ponen en juego, sus estrategias de supervivencia y sus redes de sostén como recursos de salud potenciales hacia la producción de una Salud Colectiva. Resulta fundamental que los trabajadores puedan hacerse de tiempo para re pensar analizar y sistematizar las prácticas enriqueciendo e incorporando la potencialidad de una perspectiva de MS/SC.

La salud como derecho humano implica la realización de todos los otros derechos en especial los económicos, políticos, culturales y sociales ya que son indivisibles. En un sentido de progresividad de los mismos, el Estado debe garantizar un piso mínimo que permita una ampliación y un mayor grado de equidad e igualdad.

Como profesionales nos encontramos ante situaciones de vulneración de derechos que implican dificultades para la reproducción material y social de la existencia de las personas y el desafío constante de desarrollar estrategias de intervención que unifiquen esfuerzos ante la magnitud de las problemáticas que se nos presentan en la práctica cotidiana.

La salud debe entenderse como uno eje transversal del proceso vital, que implica todas las dimensiones de las personas. Es la vida misma manifestándose hacia el mundo y a su vez ese mundo expresándose en esa vida.

Desde la salud/enfermedad/atención son de esperar múltiples obstáculos y desafíos disciplinares. La importancia radica en la posibilidad de analizar e intervenir en la complejidad de lo social en clave de derechos.

Bibliografía

- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1998). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI editores, Bs. As.
- Bourdieu, Pierre. "La lógica de los campos." Entrevista en *Revista Zona*. S/r.
- Cazzaniga, Susana. (2001) "El abordaje de la singularidad". En *Desde el Fondo. Cuadernillo temático*, N° 22. Universidad Nacional de Entre Ríos
- Mallardi, Manuel (2011). "Conocimiento Situacional y práctica del Trabajo Social. Aportes desde la planificación situacional", En: Oliva, Andrea Antonia y Mallardi Manuel Waldemar (Compiladores): *Aportes tácticos operativos a los procesos de intervención en Trabajo Social*. Consejo Editor UNCPBA.
- Weinstein, Luis (1998). *Salud y autogestión*. Editorial Nordan. Montevideo 1988
- Schmuck, María Soledad y Serra, María Florencia (2009) "Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos". *Jornadas Provinciales de Salud Mental*. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- Netto José Paulo (2009): "La concretización de derechos en tiempos de barbarie" En *Coyuntura Actual latinoamericana y mundial: tendencias y movimientos*. Borgianni y Montañó (Orgs.). Cortez Editora.
- Erving, Goffman (1994) *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Bs As
- Mendoza, Mariela. (2010) *Crítica a la modalidad de asistencia en Salud Mental*. Colección Alejandría. 2010.
- Menéndez, Eduardo (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?" *Revista alteridades* N°4 Págs. 71-83
- Dos Santos Rosa, Lucía Cristina. (2000) "Las condiciones de la familia brasilera de bajos ingresos en la provisión de cuidados con el portador de trastorno mental." Trad. Clara Weber Suardiaz C.
- Woronowski, Mario.(2009f) *Problemas teóricos – Cuestiones prácticas (El trabajo de rehabilitación en la externación asistida)* Equipo de Capacitación-Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) Htal. "José Esteves" Disponible en: <http://desmanicomializacion.blogspot.com.ar/2009/08/alternativas-al-manicomio-delicados.html>
- Rotteli Franco. (1994) *Re-habilitar la rehabilitación. Per la normalità*. Edizioni e Trieste.
- Ley de Salud Mental. N°26.657

Páginas web consultadas:

<http://desmanicomializacion.blogspot.com.ar/>

<http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aps/files/2012/12/PRODIABA.pdf>

http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/